

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y PROGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EFFECTOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL
PSICOLÓGICA PARA EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES EN ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE**

ABDEL A. CONTRERAS ZÁRATE

**TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA
OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2009

AGRADECIMIENTO

Primeramente, le doy gracias a Dios, por permitirme culminar una más de mis metas.

De igual manera quiero expresarle mi gratitud a la Profesora Graciela Mabel Alvarez, Catedrática de la Universidad de Panamá, bajo cuya dirección he realizado la investigación que presento y quien con sus oportunos consejos, guía y constante estímulo, fueron fundamentales para llevar a feliz término este trabajo.

Además, quiero dejar constancia de mi más sincero agradecimiento a todo el cuerpo de profesores de la Maestría en Psicología Clínica por compartir sus conocimientos y a todas aquellas personas e Instituciones que de una u otra forma me brindaron su oportuna cooperación.

Abdel Contreras Z.

INDICE GENERAL

Página

AGRADECIMIENTO

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN.....2

I CAPÍTULO:

MODELOS COGNITIVOS.....4

1. RESEÑA HISTÓRICA.....4

2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES.....7

❖ **Esquemas Cognitivos.....7**

❖ **Operaciones Cognitivas.....7**

❖ **Productos Cognitivos.....8**

3. MÉTODOS TERAPÉUTICOS.....9

A. TÉCNICAS COGNITIVAS.....10

a. Detección de Pensamientos Automáticos.....10

b. Clasificación de las Distorsiones

Cognitivas.....10

c. Búsqueda de Evidencia de los Pensamientos	
Automáticos.....	10
d. Detección y Trabajo con los Supuestos o	
Creencias Personales.....	11
e. Uso de Imágenes.....	11
f. Disputa Racional de Creencia	
Disfuncional.....	11
g. Técnica del Rol Fijo.....	12
h. Resolución de Problemas.....	12
i. Inoculación al Estrés.....	12
B. TÉCNICAS EXPERIENCIALES O EMOCIONALES.....	12
a. Auto- observación con la Técnica de la	
Maviola.....	12
b. Empleo de la Dramatización.....	13
C. TÉCNICAS CONDUCTUALES.....	13
a. Entrenamiento en Habilidades Sociales y	
Asertividad.....	13
b. Uso de la Exposición con o sin Relajación.....	13
c. Uso de Tareas de Dominio y Agrado.....	13
d. Trabajo con la Familia.....	14
4. MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA.....	14
A. Antecedentes.....	15
B. Surgimiento.....	15

C. Consolidación.....	16
D. Caracterización de la Modificación de Conducta.....	17
5. ORIENTACIONES ACTUALES EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	18
A. Análisis Conductual Aplicado.....	18
B. Orientación Conductual Mediacional.....	19
C. Orientación Basada en el Aprendizaje Social.....	20
D. Orientación Cognitivo-Conductual.....	21
6. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL DE ALBERT ELLIS.....	22
A. El A-B-C de la Teoría.....	22
B. Autoaceptación Vs Autoestima.....	26
C. Encuadre Filosófico.....	27
D. El Proceso de Cambio.....	28
7. LA TERAPIA COGNITIVA DE AARÓN T. BECK.....	32
A. LA ESTRATEGIA.....	36
1. Principio.....	36
2. Medio.....	37
3. Final.....	38
B. TÉCNICAS Y RECURSOS.....	38
❖ Recursos para Investigar los Pensamientos Automáticos y las Creencias.....	38

❖ Recursos para evaluar y Modificar los Pensamientos y/o Creencias.....	38
❖ Los Recursos de Imaginación.....	39
❖ Tareas de Autoayuda.....	39

C. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ESTRATEGIAS DE ELLIS Y BECK.....	40
---	----

8. PRINCIPIOS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	42
--	----

A. EVOLUCIÓN DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	44
--	----

• TRATAMIENTOS COMBINADOS.....	47
a. Modelo Básico de Entrenamiento.....	53
b. Modelo Orientado a la Atención.....	53
c. Modelo de Resolución de Problemas.....	54

II CAPÍTULO:

EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	55
--	----

1. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	55
--	----

2. EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	57
A. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.....	57
B. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.....	59
C. SÍNTOMAS DEPENDIENTES DE LA EDAD Y EL SEXO.....	60
D. PREVALENCIA.....	61
E. CURSO.....	61
F. PATRÓN FAMILIAR.....	61
G. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	62
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA EL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE.....	64
3. LA EDUCACIÓN EMOTIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	65
A. LOS OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN R.E.C.....	66
a. Objetivos Generales.....	66
b. Objetivos Específicos.....	67
B. ALGUNAS CREENCIAS FRECUENTES.....	70
a. Creencias nucleares o Básicas.....	70
b. Creencias Irracionales Comunes en la Infancia.....	71
c. Creencias Irracionales comunes en los Adolescente.....	71

III CAPÍTULO

ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	73
1. JUSTIFICACIÓN.....	73
2. OBJETIVO GENERAL.....	77
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	78
4. METODOLOGÍA.....	78
A. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	78
B. VARIABLE DEPENDIENTE.....	78
C. VARIABLE CONSTANTE.....	79
D. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	79
1. Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes Diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante.....	79
2. Habilidades Sociales.....	80
3. Competencia Social y Competencia Interpersonal.....	80
4. Adolescente.....	80
5. Trastorno Negativista Desafiante.....	81
E. DEFINICIONES OPERACIONES.....	82

1. Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes Diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante.....	82
2. Habilidades Sociales.....	83
3. Competencia Social y Competencia Interpersonal.....	84
4. Adolescente.....	85
F. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GRUPAL.....	85
G. MUESTRA.....	85
❖ Criterios de Inclusión.....	86
❖ Criterios de Exclusión.....	86
❖ Problemas de Validez.....	86
H. INTERVENCIÓN PROPUESTA.....	87
5. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	90
❖ Batería de Socialización. (BAS-3).....	90
❖ Descripción General.....	92
❖ Confiabilidad.....	93
❖ Validez.....	94
6. ESTADÍSTICO.....	95

IV CAPÍTULO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	97
--	-----------

CONCLUSIONES.....	149
--------------------------	------------

RECOMENDACIONES.....	153
-----------------------------	------------

BIBLIOGRAFÍA.....	156
--------------------------	------------

ANEXOS

Página

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN.....	166
--	------------

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN.....	168
--------------------------------------	------------

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PARA LOS ADOLESCENTES.....	171
---	------------

PROGRAMA DE SESIONES.....	174
----------------------------------	------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	196
--------------------------------------	------------

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Página

GRÁFICA 1.....¿Te gusta tu forma de ser?.....	99
GRÁFICA 2.....¿La gente me tiene manía?.....	102
GRÁFICA 3.....¿Dices la verdad aunque te perjudique?.....	104
GRÁFICA 4.....¿Me avergüenzo de muchas cosas que hago?.....	105
GRÁFICA 5.....¿Me gustan las peleas y las riñas?.....	106
GRÁFICA 6.....¿Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo?.....	109
GRÁFICA 7.....Cuando me porto mal en clases: ¿Me siento disgustado?.....	112
GRÁFICA 8.....¿Hago bien los trabajos escolares?.....	113
GRÁFICA 9.....¿Con frecuencia soy voluntario en la escuela?.....	116
GRÁFICA 10.....¿Detesto la escuela?.....	117
GRÁFICA 11.....¿Olvido pronto lo que aprendo?.....	119
GRÁFICA 12.....¿Soy criticado en casa?.....	123
GRÁFICA 13.....¿En difícil para mí mantener amigos?.....	126
GRÁFICA 14.....¿Soy violento con mis amigos y familiares?.....	128
GRÁFICA 15.....¿Protesto cuando me mandan a hacer algo?.....	131

CUADRO DE EVALUACIÓN SUBJETIVA

DEL GRUPO EXPERIMENTAL.....	134
-----------------------------	-----

RESUMEN

El propósito de este estudio es comprobar la efectividad del Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes Diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante.

En el mismo, participaron 24 adolescentes entre 11 a 15 años repartidos en un grupo control (12) y un grupo experimental (12) los cuales fueron medidos antes y después de la intervención utilizando la Batería de Socialización (BASS-3 de Silva y Martorell. La intervención para el grupo experimental incluyó 15 sesiones (3 meses) de aproximadamente 2 horas bien establecidas en donde los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento, retroalimentación y tareas para casa, solían ir acompañados por numerosos procedimientos cognitivos como autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos, solución de problemas, etc.

Se utilizó la Prueba t de Student para Medias dependientes para analizar los resultados, encontrándose datos estadísticamente significativos que indicaban que los sujetos del grupo experimental obtuvieron cambios en sus esquemas cognitivos como en sus conductas problema, lo que confirmaba la efectividad del programa.

SUMMARY

The purpose of this study is to verify the effectiveness of the Program of Psychological Grouping Intervention for the Social Ability Training in Teenagers Diagnosed with Challenging Negative Disorder.

In this study 24 teenagers took part, aging from 11 to 15 years old. They were distributed in a control group (12) and an experimental group (12). Both groups were evaluated before and after the intervention using the Socializing Battery (Bass-3 from Silva and Martorell. The intervention for the experimental group included 15 sessions (3 months) of approximately two well established hours where the basic elements of test conduct, modelling, instructions, reinforcement, feedback and homework used to be accompanied by a number of cognitive procedures like self-instructions, direct modification of thinking, problem solutions, etc.

The Student Test t was used to dependent median in order to analyse the results, finding statistically significative data, which indicated that the experimental group subjects changed their cognitive schemes in their problematic conducts. This reaffirms the effectiveness of the program.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo principal evaluar el efecto del Programa de Intervención Grupal Psicológica para el entrenamiento en habilidades sociales que tiene como origen los principios conductuales de la terapia de conducta, que proporciona un marco útil para el análisis funcional de el comportamiento social, en la que se utiliza un conjunto de técnicas de aprobada eficacia y conocido rigor metodológico. La misma se desarrolló principalmente, a partir de los principios del Aprendizaje Social de A. Bandura, en el que se sustenta que las habilidades sociales se aprenden, y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos de la persona y factores ambientales; así como de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis y la Terapia Cognitiva de Aarón T. Beck., en donde las cogniciones juegan un papel central en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico y que también le dan una relevancia al aprendizaje y la autoayuda, donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades.

En este caso, el estudio se enfoca en adolescentes diagnosticados con trastorno negativista desafiante cuyos comportamientos perturbadores típicos, debido al trastorno, provocan un deterioro clínicamente significativo en sus actividades sociales, familiares, académicas, etc., y a quienes se les aplicó una intervención bien establecida como la técnica de terapia de conducta, en donde

los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento, retroalimentación y tareas para casa, entre otros, fueron acompañados por procedimientos cognitivos, como autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos, solución de problemas, etc.

Luego de dividir los sujetos que participaron en el estudio en dos grupos: grupo experimental, el cual recibió el tratamiento y el grupo control, al que no se le aplicó el mismo, evaluar y analizar sus resultados durante el pretest y posttest, se pudo constatar que efectivamente el grupo experimental obtuvo una mejoría significativa en su conducta social durante su permanencia en la institución académica.

La información generada en este trabajo de investigación podría ayudar a todo profesional que se desenvuelva en el ámbito académico a prevenir la violencia e intervenir en adolescentes con riesgo de comportamiento negativista desafiante y de hecho, reducir a un nivel significativo los pensamientos disfuncionales, construir una perspectiva de afrontamiento funcional y hacer que los sujetos practiquen comportamientos bajo una dimensión concreta con la ayuda de ejercicios bien estructurados.

CAPÍTULO I

MODELOS COGNITIVOS

1. Reseña histórica:

Los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de las distintas escuelas psicológicas. Dentro del psicoanálisis, **Lungwitz (1926)** propone un modelo de terapia muy parecido a la terapia cognitiva actual, y **K. Horney (1950)** desarrolla su teoría de las actitudes neuróticas "**Tiranía de los deberías**". Desde la psicología individual, **Alfred Adler (1897-1937)** desarrolló un modelo cognitivo de la Psicopatología y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere "**esquemas aperceptivos**" en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia conllevaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales. (Ruiz, J.; Cano, J. 1994)

Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis (1962) y Aaron Beck (1964). Ambos se formaron en el psicoanálisis, y abandonaron esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo.

Ellis (1913), fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más "**neofreudiana**" hasta llegar a su propio modelo. Con estas modificaciones observó que iba aumentando el porcentaje de éxito en su tratamiento y que los pacientes aunque podían tener una adecuada comprensión de su conducta (**Insight**) no la solían modificar, y se estancaban a este nivel. En 1958 publica su famoso Modelo A B C para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales (C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino de determinadas Creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "**auto adocrinaba**" (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias terapia constituye la llamada **Terapia Racional Emotiva**. (Ruiz, J.; Cano, J. 1994)

Beck parte de su trabajo sobre la depresión. Observa que en este y otros trastornos emocionales (**Beck, 1967-1976**) la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "**Esquema cognitivo**" y en el ámbito clínico el de "**Supuestos personales**" (**Beck, 1979**). Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos

que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la **"Terapia Cognitiva"**, propuesta por Beck.

Actualmente han aparecido nuevos modelos de psicoterapia cognitiva que se postulan por sus defensores como distintos a los señalados anteriormente de Ellis y Beck. Estos nuevos modelos se denominan "Constructivistas". Básicamente se diferencian de los anteriores, que ellos denominan como **"Racionalistas"**, en varios aspectos (Mahoney y Gabriel, 1987. En: Ruiz, J.; Cano, J. Op. Cit.)

- (1) No se puede concebir una "realidad" objetiva independiente del sujeto que pueda ser "distorsionada".
- (2) No se puede afirmar siempre la primacía de la cognición sobre la emoción o la acción.
- (3) La terapia no se constituye como una labor psicoeducativa de corrección de cogniciones erróneas, sino como una reconstrucción de la propia coherencia del sistema cognitivo del paciente. Líneas terapéuticas destacadas en este movimiento son: "Terapia Cognitiva Evolutiva" de Mahoney (1991), la "Terapia Cognitiva - Estructural" de Guidano y Liotti (1985) y la "Terapia Cognitiva Narrativa" de Gonsalvez (1992). Esta

corriente cognitiva tiene a su vez importantes partidarios en el modelo sistémico constructivista. (Ruiz, J.; Cano, J. Op. Cit.)

2. Conceptos fundamentales:

Podemos proponer una clasificación general de los principales conceptos de estos modelos, siguiendo a Ingram y Kendall (1986), en tres apartados: (1) Esquemas o estructuras cognitivas, (2) Operaciones cognitivas y (3) Productos cognitivos. (Ruiz, J.; Cano, J. Sup. Cit.)

- Esquemas cognitivos:

Constituye una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes al si mismo, los eventos las personas y las cosas. En líneas generales, están organizados en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las Creencias y Supuestos personales (Ellis, Beck) y otros significados de desarrollo más tempranos de tipo preverbal.

- Operaciones cognitivas:

Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los

significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente **"trastornos del juicio y razonamiento"** y en la línea de Beck a las **"distorsiones cognitivas"** (pensamiento polarizado, sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, etc.). Conforman la llamada **"visión túnel"** de los distintos trastornos emocionales (Mckay y cols., 1985); por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las pérdidas y las personas hipomaniacas en las ganancias.

- Productos cognitivos:

Son los resultados más conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, etc. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal (psicosomática o psicofisiológica) también es resultante o producto cognitivo. En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos "sintomáticos".

Básicamente, los conceptos cognitivos de la terapia apuntan a la relevancia del significado (Beck, 1979), su formación, desarrollo, disfuncionalidad y posibilidades de cambio. En este enfoque lo más relevante no es la conducta, la emoción, la motivación o la mera cognición, sino el significado.

3. Método terapéutico:

El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto.

La conceptualización supone iniciar el proceso diagnóstico, primero general, utilizando la historia clínica y el análisis funcional, y posteriormente, de manera más individualizada, generando las primeras hipótesis sobre la estructura cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos más directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente (evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica, etc).

El terapeuta "racionalista" apuntará a detectar los supuestos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas subyacentes a la presentación sintomática, estructura subjetiva de significados, entre los afectos experimentados y como son explicados y atribuidos conscientemente por el sujeto. (Ruiz, J.; Cano, J. 1994)

Una vez realizado este diagnóstico de la estructura cognitiva, el terapeuta diseña la intervención terapéutica.

Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas (A. Lazarus, 1984). Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos, experienciales...) según el caso

concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales.

Una agrupación general, aunque incompleta, de esos procedimientos podría ser la siguiente (Ruiz, 1994):

A) Técnicas cognitivas:

a) Detección de pensamientos automáticos:

Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.

b) Clasificación de las distorsiones cognitivas:

A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.

c) Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos:

Básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando

experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando "diarios predictivos" donde va recogiendo evidencia de la confirmación diaria o número de un esquema.

d) **Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales:**

A partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos (cadena inferencial o flecha descendente) se hipotetizan los esquemas que los sustentan, que después se intentan de revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos.

e) **Uso de imágenes:**

El terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.

f) **Disputa racional de creencias disfuncionales:**

Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, a descatastrofización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el auto concepto que deriva de la exigencia.

g) **Técnica del rol fijo:**

El paciente escribe un boceto de cómo se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos.

h) **Resolución de problemas:**

Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en práctica y seleccionar las mejores.

i) **Inoculación al estrés:**

Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

B) Técnicas experienciales o emocionales:

a) **Autoobservación con la técnica de la moviola:** (Guidano,1994)

Consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, el cómo es vivenciada emocionalmente y el cómo es explicada. Suele conllevar el uso de "**focusing**" (asociación de emociones y reacciones corporales). Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva cognitiva.

b) **Empleo de la dramatización:**

Se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

c) **Técnicas conductuales:**

a) **Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:**

Se emplean para modificar las expectativas de auto eficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.

b) **Uso de la exposición con o sin relajación:**

Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.

c) **Uso de tareas de dominio y agrado:**

El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear

conjuntamente con la "Programación de actividades" y la "Asignación gradual de tareas" que cumplen fines similares.

d) **Trabajo con la familia:**

En determinados casos, la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales.

En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica. (Huber y Baruth, 1991).

Hay que destacar que los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y cómo los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica (Safran y Segal, 1994). Este último aspecto supone una reconceptualización desde el modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis.

4. MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA:

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes

valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal. (Martín, G.; Pear, J. 1999)

La exposición de su desarrollo histórico se dividirá, de forma un tanto arbitraria, en tres periodos: (Martín, G.; Pear, J. Op. Cit.)

A. **Antecedentes (1896-1938):**

Este periodo se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. El objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

B. **Surgimiento (1938-1958):**

En este periodo tiene lugar el contexto teórico del desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull, Mowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones

funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. La modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento sino de presentar soluciones eficaces para ellos.

C. **Consolidación (1958-1970):**

En los años 70 la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarios al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Además, en este período se desarrollan técnicas de entrenamiento en aserción y habilidades sociales, inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas. El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico. En estos momentos hay una disociación entre la investigación básica en psicología y la aplicación de la modificación de conducta. La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado sin prestar mucha atención a la investigación básica.

D. Caracterización de la modificación de conducta:

Según **Labrador, F. (1997)**, cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque: (**Labrador., Op. Cit**)

- La fundamentación en la psicología experimental.
- La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal).
- La insistencia en la evaluación objetiva.
- El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definitorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como el énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta podemos distinguir cuatro principales orientaciones:

- El análisis conductual aplicado.
- La conductista mediacional.
- El aprendizaje social.
- El cognitivo-conductual.

5. Orientaciones actuales en modificación de conducta:

A) Análisis conductual aplicado:

Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

- a. Se centra en las conductas observables directamente.
- b. La conducta está controlada por el ambiente.
- c. El objetivo de estudio es la conducta del organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.

- d. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio, pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
- e. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.
- f. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante. (Labrador., Op. Cit)

B) Orientación conductual mediacional:

También se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

- a. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
- b. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
- c. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.

- d. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico. (Labrador., Op. Cit.)

C) **Orientaciones basadas en el Aprendizaje Social:**

Esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son los siguientes:

- a. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta., b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.
- b. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
- c. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
- d. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.

e. En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación. (Labrador., Op. Cit.)

D) **Orientación Cognitivo-Conductual:**

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

- a. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
- b. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- c. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
- d. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional
- e. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente. (Labrador., op. Cit.)

6. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL DE ALBERT ELLIS.

Esta corriente fue presentada por primera vez por Albert Ellis en 1956 con el nombre de "Rational Therapy" luego reemplazado por el de "Rational-Emotive Therapy" o "RET" y finalmente, a partir de 1994, denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" o "REBT". En español la denominamos: Terapia Emotiva Conductual o "TREC". (Obst Camerini, 2004)

A. EL "A-B-C" DE LA TEORÍA:

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: **"Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos"** (Obst Camerini, 2004). Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B".



"A" (por "Activating Event") representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

“B” (por **“Belief System”**) representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.). Las creencias pueden ser racionales, demandantes o irracionales.

Una creencia irracional se caracteriza por: (Obst Camerini., Op. Cit.)

- **Ser lógicamente inconsciente. (Parte de premisas falsas o resulta de formas incorrectas de razonamiento).**
- **Ser inconsistente con la realidad. (No concordante con los hechos, distinto a lo observable).**
- **Ser dogmática, absolutista, expresada en demandas (en vez de preferencias o deseos). Aparece en términos como: “necesito, debo, no puedo, jamás, etc. En lugar de “deseo, es mejor, no me gusta, es peor, me gustaría, etc”.**
- **Conducir a emociones o conductas inapropiadas o autosaboteadoras.**
- **No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona.**

Actualmente, la denominación **“creencia irracional”** se ha destinado especialmente a las demandas.

Generalmente, estas demandas se agrupan en tres clases: **Demandas sobre uno mismo** ("yo debo; yo necesito"); **Demandas sobre otros** ("él debe; tú debes") y **Demandas sobre el mundo** ("la vida debe; el mundo tiene"); que llevan al extremo de insoportable que las cosas no sean como uno pretende que "deben" ser. Es necesario aceptar que no siempre será posible cumplir los deseos o las metas, que la realidad a veces no coincide con ellos, ya sean estos justos o injustos, razonables o no. La intolerancia a la frustración, que Ellis denominó: "**no-soport-itis**" no cambia la realidad. En cambio, esa actitud nos perturba y nos conduce a conductas contraproducentes y autosaboteadoras que no resuelven las cosas y que a veces las empeoran.

En la práctica se trata de cambiar una demanda por un deseo o preferencia: "Me gustaría mucho...., en vez de necesito" ; " Sería mejor...., en vez de él tiene....." ; etc. (Obst Camerini., Op. Cit.)

"C" (por Consequence) representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Con respecto a las consecuencias, la TREC distingue entre las "apropiadas" (funcionales o no perturbadas) y las "inapropiadas" (disfuncionales, perturbadas o autosaboteadoras).

La calificación dependerá principalmente de dos consideraciones:

- Que la intensidad sea acorde a la situación con referencia a la cual se genera.
- Que favorezca, si fuera posible o al menos, que no sea contraproducente o adversa a:
 - Preservar la vida, preservar la salud, evitar sufrimiento, resolver problemas, si se pudiera, lograr las metas u objetivos de la persona.

Dicho en otras palabras, las emociones (o conductas) inapropiadas se caracterizan por:

- **Causar sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.**
- **Llevar a comportamientos autosaboteadores, contrarios a los propios intereses u objetivos.**
- **Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.**

El concepto sostenido por la corriente cognitiva conductual, es que las emociones son muy importantes y cumplen funciones imprescindibles. Las emociones son necesarias, porque cumplen tres importantes funciones en las personas.

- **Nos informan de diversos desequilibrios en nuestra vida.**
- **Generan la motivación y el impulso o energía necesarios para actuar superando las situaciones negativas o desequilibrios detectados.**
- **Son medios de comunicación para informar a los que nos rodean sobre nosotros, nuestros deseos e intenciones.**

B. Autoaceptación Vs Autoestima:

Con respecto al concepto de autoestima Ellis considera que implica una auto-evaluación o "calificación" en una escala de valores que se origina a partir de:

- Nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales.
- Las opiniones (reales o supuestas) de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros.

Esto resulta una fuente de trastornos, ya que puede conducir tanto a una sobre-valoración insostenible como a una desvaloración peligrosa ante fracasos o rechazos. Además, es un concepto irracional, por cuanto:

- Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor "general" a una persona como tal.
- Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas.

- La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos.

Como alternativa, Ellis propone el concepto de **"Autoaceptación"** consistente en algo que podríamos llamar "el amor incondicional a nosotros mismos", querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores. (Ellis, A. 1994. En: Obst Camerini. 2004).

De acuerdo con este modelo, la propuesta es: calificar las conductas de la persona, pero no a las personas. Porque las personas tienen múltiples conductas (ni todas buenas ni todas malas) y porque **pueden modificar sus conductas, si lo desean** y a veces lo hacen. Esta filosofía de vida se propone como más saludable por su estabilidad, ya que no encierra los riesgos (ni la irracionalidad) de la otra.

C. Encuadre Filosófico:

Albert Ellis define su enfoque como humanístico ("humanístico existencias o humanístico científico") en reiterados escritos (Ellis, A. 1994. En: Obst Camerini. 2004), y esta orientación es defendida por el propio Ellis por muchas razones, entre las cuales podemos destacar:

- El reconocimiento y aceptación de las personas como humanos falibles (ni sobre-humanos ni sub-humanos).

- La ubicación del hombre en el centro de su universo, es decir como el principal responsable (sin ignorar las limitaciones y condicionamientos biológicos, ambientales y circunstanciales) de alterarse o no.

D. **El Proceso de Cambio:**

El concepto de terapia y el consecuente estilo de la TREC corresponden a un modelo educativo en donde antes que "cura" de patologías se piensa en un aprendizaje o re-aprendizaje más apropiado o útil para lograr conductas más eficaces para el logro de los objetivos de la persona. En este sentido, los recursos se inspiran y fundamentan principalmente en los conocimientos aportados por las teorías del aprendizaje. Además, se emplea un estilo activo y directivo. (Alonso, A. Swiller, H., 1995) (Obst Camerini, 2004)

Para la TREC, dado que no somos esclavos de nuestras tendencias a pensar irracionalmente, podemos cambiar, especialmente si internalizamos tres conceptos importantes:

- Los acontecimientos pasados o presentes no causan las emociones o conductas disfuncionales, sino nuestro sistema de creencias.
- Independientemente de la manera en que nos hayamos perturbado en el pasado, ahora nos estamos perturbando principalmente porque seguimos adoctrinándonos con nuestras creencias irracionales.

- A la larga, nosotros podemos superar nuestras perturbaciones principalmente trabajando dura y reiteradamente en refutar nuestras creencias irracionales. (Alonso, A.; Swiller, H., 1995)

En el proceso terapéutico, un paso importante es averiguar cuáles son las creencias que causan las perturbaciones. Algunas formas posibles de hacerlo son las siguientes:

- **Darse cuenta Inducido:** El terapeuta refuta las inferencias y en el debate el cliente empieza a descubrir las creencias subyacentes y termina por expresarlas.
- **Interpretación por Inducción:** El terapeuta agrupa las inferencias, saca conclusiones y las propone : ("Le parece que....?").
- **Encadenamiento de Inferencias:** ("Si fuera verdad su inferencia ¿qué significaría eso?.
- **Evaluación Guiada por Hipótesis:** Cuando el cliente se está esforzando y no logra expresar su creencia, el terapeuta genera su hipótesis y le pregunta: "¿es posible que...? (con humildad, con duda).

La Terapia TREC también posee formas de discusión teóricas entre las cuales podemos mencionar:

- **Lógicamente:** Buscando la coherencia lógica o deductiva de lo aseverado (o su falta de lógica o coherencia).
- **Empíricamente:** Buscando la verificación en los hechos, en la realidad, de que sucede lo enunciado (o que en realidad las cosas no suceden o no son así)
- **Pragmáticamente:** Comprobando si la ley o el pensamiento (creencia) sostenido sirve o es útil para encarar las situaciones o resolverlas satisfactoriamente o si, por el contrario, es inútil o, inclusive, contraproducente y es causante del trastorno o "empeoramiento". Aquí cabe preguntarse sobre las consecuencias de esta creencia o forma de pensar.
- **Encontrando una Nueva Creencia:** Que reúna los requisitos anteriores (todos, pero especialmente el tercero (3º) que motiva el cambio). (Obst Camerini. 2004)

También es importante entender que tiene varias alternativas para abordar los trastornos. Por ejemplo, podemos:

- **Modificar el Hecho A:** Resolver el problema práctico, pero a veces no se puede.
- **Corregir la "Inferencia":** Si es errónea, no si es correcta.

- **Modificar la Creencia:** Reemplazar la irracionalidad por una racionalidad. (Obst Camerini., Op. Cit.)

En esta terapia, el abordaje de las demandas también tienen sus pasos específicos:

1. Establecer el vínculo, definir el (los) problemas, acordar los objetivos.
2. Elegir por cuál problema empezar.
3. Determinar y evaluar **A** y **C**.
4. Explicar la relación **A-B-C**, si el paciente lo necesita.
5. Evaluar si hay **C** secundarias.
6. Determinar **B**.
7. Mostrar la relación entre **B** y **C** hallados.
8. Refutar las **B** irracionales.
9. Refutar auto-condena y condenas globales (si hubieran).
10. Determinar las **E** (la **B** racional y eficaz).
11. Enfatizar la importancia y necesidad de las tareas de auto-ayuda.
12. Analizar y prevenir contingencias y resistencias en las tareas.

13. Acordar las tareas de autoayuda a realizar.

14. Solicitar feed-back y conclusiones.

Considerando que una persona ha invertido toda su vida, en el caso de los adultos y gran parte de sus años, en el caso de los más jóvenes, en adquirir sus puntos de vista, actitudes, creencias y estilos de razonamiento, sentimiento y conducta, no puede contarse con cambiarlos sin esfuerzo, en muy breve tiempo o con simples sesiones de diálogo.

Además, para lograr resultados, estas terapias requieren una colaboración activa del paciente con el terapeuta, no solo adentro sino también afuera de los horarios de terapia, para realizar las tareas de autoayuda.

7. LA TERAPIA COGNITIVA DE AARÓN T. BECK:

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (**Obst Camerini. 2004**).





Las reacciones pueden ser: Emotivas, Conductuales o Fisiológicas.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal "lo que me estoy diciendo a mi mismo" y o visual (imágenes).

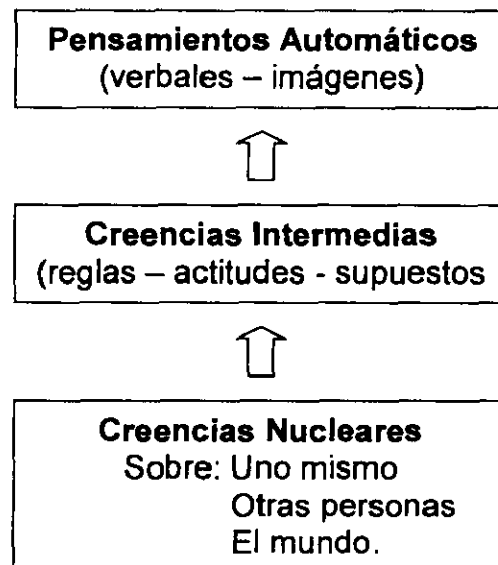
Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. A veces los pensamientos automáticos son las mismas creencias y a veces son derivados de las creencias.

Las creencias más centrales o **creencias nucleares** son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, o no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismo, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente

son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas **creencias intermedias**, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). (Obst Camerini., Op. Cit.)

Las creencias intermedias está constituidas por: reglas, actitudes y supuestos.



Fuente: Introducción a la Terapia Cognitiva. Julio Obst Camerini. 2004

Esta teoría considera que los pensamientos son disfuncionales cuando:

- Distorsionan la realidad.
- Son causa de perturbación emocional (emociones disfuncionales).
- Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas.

Vemos entonces que en esta definición los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos: su **validez** (ajuste a la realidad – concepción positivista) y/o su **utilidad** o consecuencias (concepción pragmática y coincidente con la corriente constructivista). O sea que un pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios: (**Obst Camerini., Op. Cit.**)

- No coinciden con los hechos observables (realidad).
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- Generan consecuencias disfuncionales, indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.

En principio la Terapia Cognitiva tiene una visión integrada del origen o causa de los esquemas y respuestas inadaptadas: Las causas genéticas y orgánicas se suman a las experiencias vividas, el entorno y el aprendizaje social.

Además, esta teoría reconoce en las personas la predisposición a determinadas formas de distorsión cognitiva, que denominan "**vulnerabilidades cognitivas**", que a su vez las predisponen a determinados síndromes.

Otro concepto importante es el de **Esquemas**, al cual se le define como estructuras cognitivas que integran y adscriben significado a los datos sensoriales percibidos. El contenido de estos esquemas puede referirse a las

relaciones interpersonales o a categorías impersonales (objetos inanimados, que pueden ser concretos o abstractos). Al mismo, se le atribuye un origen mixto genético-cultural, donde se considera lo genético como "tendencias innatas" sobre las cuales incidirán las experiencias vitales (circunstancias e influencias del entorno).

A. LA ESTRATEGIA:

La estrategia propuesta por Aarón Beck desde el comienzo, reiterada en casi toda la literatura sobre esta corriente y ratificada por Judith Beck (**Obst Camerini, 2004**) puede resumirse en los siguientes conceptos:

En un nivel amplio el terapeuta apunta a facilitar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída mediante la **modificación de sus pensamientos y creencias disfuncionales**.

La secuencia temporal característica del proceso se desarrolla en las siguientes etapas: (**Obst Camerini., Op. Cit**)

1. Principio:

- Desarrollar una firme alianza terapéutica.
- Identificar y especificar los objetivos.
- Resolver los problemas.

- Enseñar el modelo cognitivo.
- Lograr la activación del paciente (si está deprimido o desanimado).
- Instruirlo acerca de su entorno.
- Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos.
- Socializarlo sobre las tareas de autoayuda, la programación de las sesiones y el "feed-back" al terapeuta y enseñarle las estrategias para enfrentar sus problemas.

2. **Medio:**

- Continuar trabajando en los anteriores puntos.
- Identificar, evaluar y modificar las creencias.
- Utilizar tanto técnicas racionales como emocionales y conductuales.
- Enseñarles habilidades prácticas para alcanzar sus objetivos.

3. Final:

- Preparación para la finalización.
- Prevención de la recaída.

B. TÉCNICAS Y RECURSOS:

La siguiente lista representa simplemente las más frecuentemente técnicas usadas en esta corriente: (Obst Camerini. Op. Cit.)

- Recursos para investigar los pensamientos automáticos y las creencias:
 1. Preguntar (Distintas formas).
 2. Registro de Pensamientos Disfuncionales.
 3. Ejercicios de imaginación y dramatización.
- Recursos para evaluar y modificar los pensamientos y/o creencias:
 1. Análisis de ventajas y desventajas.
 2. Usar a otros como referencia.
 3. Preguntas al estilo "socrático".

4. El Role playing.

5. Identificación de las distorsiones cognitivas o errores del pensamiento según la lista de distorsiones.

- **Los Recursos de Imaginación:**

1. Para el ensayo de tareas de auto-ayuda.

2. Para la toma de distancia o perspectiva.

3. Para enfrentar las imágenes perturbadoras.

a. Llegando hasta el final

b. Avanzando más adelante en el tiempo.

c. Resolviendo en la imaginación.

d. Modificando las imágenes.

- **Tareas de Auto-ayuda:**

A menos que el cliente haga la práctica de su cambio de pensamiento, el resultado no será significativo o perdurable. La prescripción de "tareas para el hogar" es un elemento habitual y considerado fundamental para lograr el cambio en las terapias cognitivas.

El objetivo específico de la asignación de tareas puede ser, entre otros:

- Cambiar una conducta disfuncional o establecer una conducta apropiada.
- Modificar las creencias y los pensamientos distorsionados.
- Vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto-confianza.
- Perfeccionar y consolidar mediante la práctica las nuevas conductas.

Podemos resumir las semejanzas y las diferencias de ambas Terapias siguiendo los planteamientos de **Ellis (1990)** y **Beck (1979)**.

C. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS TERAPIAS ELLIS Y BECK: (Ruiz, J.; Cano, J. 2007)

• **SEMEJANZAS:**

1. Relación entre pensamiento-afecto-conducta.
2. Papel central de las cogniciones en los trastornos psicológicos y como objetivo último del cambio terapéutico.
3. Relevancia de un enfoque de aprendizaje y autoayuda donde el paciente aprende habilidades cognitivas-conductuales para manejar sus dificultades.
4. Relevancia de las tareas intercesiones.
5. Relevancia de la relación terapéutica y del papel de las cogniciones en ella.

• **DIFERENCIAS:**

R.E.T. (ELLIS)	C.T. (BECK)
1. Las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico.	1. Las creencias disfuncionales se trabajan como último blanco terapéutico tras el manejo de las distorsiones cognitivas.
2. Se utiliza, sobre todo, el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales).	2. Se utiliza sobre todo, el método de verificación de hipótesis, en base a la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de técnicas conductuales).
3. La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconsejan centrarse rápidamente en las creencias disfuncionales.	3. La dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente y no las inducidas por el terapeuta, aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas, para reunir datos sobre ellas.
4. Énfasis filosófico y humanista, junto con el científico.	4. Énfasis científico, aunque no antihumano.
5. Relevancia de la autoaceptación frente a la autovaloración.	5. Autoevaluación realista frente a la distorsionada.
6. Concepto de "ansiedad del ego" y "ansiedad perturbadora.	6. Conceptos de "Supuestos primarios" y "Supuestos secundarios" o derivados.
7. Concepto de "Síntoma secundario" o "perturbación por la perturbación primaria.	7. Carece de ese concepto o similar.
8. Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas.	8. Trabaja las emociones perturbadoras para el sujeto y su base cognitiva.

Fuente: Manual de Psicoterapia Cognitiva. Ruiz, J. y Cano, J. 2007

8. PRINCIPIOS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

El entrenamiento en habilidades sociales se basa en los **principios conductuales de la terapia de conducta**, que proporciona un marco útil para el análisis funcional de comportamiento social, con un conjunto de técnicas de probada eficacia y conocido rigor metodológico. También se han desarrollado principalmente, a partir de los principios del aprendizaje social (**Bandura, 1976**), en el que sustenta que las habilidades sociales se aprenden, y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos de la persona y factores ambientales.

En su estudio destaca el papel protagónico que tiene tanto en la comprensión, como en el tratamiento de una gran variedad de patologías psicológicas. A veces es la causa, otras la consecuencia de ciertos disturbios como la depresión, ansiedad, drogadicción, problemas de pareja, etc. (**Cunliffe, 1992, Reed, 1994, Sarason and Sarason, 1981, Wher and Kaufman, 1987**).

Sus aplicaciones no sólo abarcan el ámbito clínico, sino también se ha visto su influencia en el área social y laboral prácticamente en todo tipo de problemas y situaciones, de manera que resulta difícil encontrar algún grupo de diagnóstico para el que no resulte indicado. (**Caballo, 1993**).

La evaluación de ésta área se suele dar en base a Escalas Sociales, como la Escala de Vineland, Golstein, P.A.C., Zazzo entre otros basadas en estadios

evolutivos de madurez social que están al margen de condiciones socioculturales. Considerando áreas como: independencia funcional en actividades de la vida diaria, desarrollo cognitivo, lenguaje, motivación personal y social, cooperación, responsabilidad personal, autocontrol e inhibición de la impulsividad, cumplimiento de normas sociales, asertividad. (Caballo, 1993).

Desde ésta perspectiva, los problemas cognitivos de los individuos no pueden ser entendidos únicamente como un retraso en el nivel de la inteligencia, sino como una desarmonía entre todos los factores que configuran su personalidad, manifestándose esa desarmonía en una incapacidad de acomodarse a las exigencias y expectativas sociales de los demás, dando lugar a que las personas de su entorno se acomoden a tales disfunciones, reaccionando de dos maneras: Súper protegiéndolo, o exigiendo un comportamiento que se consideran socialmente como "normal". En cualquier caso, el resultado es una incomunicación que afectará su integridad afectivo-emocional, añadida a sus trastornos instrumentales, va a impedir la integración educativa, social y laboral. (Bolvarte, A.; Mendez, J.; Mrtell, R. 2006)

El entrenamiento de habilidades sociales es una intervención bien establecida como técnica de terapia de conducta en que los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento, retroalimentación y tareas para casa, suelen ir acompañados por numerosos **procedimientos cognitivos**, como autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos, solución de problemas, etc. (Simón, M. 1993)

Los ejercicios estructurados, como su mismo nombre lo indica, consisten en ejercicios que se encuentran notablemente estructurados y que se llevan a cabo en las terapias. Los objetivos son reducir la influencia del pensamiento disfuncional, incrementar la solución activa del problema, construir una perspectiva de afrontamiento funcional, hacer que los sujetos practiquen comportamientos que estarían incluidos bajo una dimensión concreta y que, por el formato estructurado de los ejercicios, son sencillos e instructivos para lograr ese objetivo, además de apoyarse en experiencias conductuales de implicación emocional. (Kendall,1997)

A. EVOLUCIÓN DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES:

La evolución experimentada por la modificación de conducta en los años setenta supuso la incorporación, junto a los procedimientos derivados de los modelos anteriores, (con técnicas como la economía de fichas, programas de reforzamiento, costo de respuesta, tiempo fuera y contratos de contingencias) de técnicas cognitivas o cognitivo-conductuales como son el entrenamiento en autoinstrucciones, la terapia de solución de problemas o los métodos de autocontrol, etc.

Un ejemplo representativo de esta evolución es la conocida "**técnica de la tortuga**" (Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. 2001), aplicable individualmente o en grupo y encaminada a enseñar a los niños pequeños a controlar sus conductas impulsivas, disruptivas y agresivas. Este procedimiento se

desarrollaba a través de distintas fases en las que se modelaba la posición de la tortuga, se entrenaba a los niños en relajación, éstos aprendían estrategias de solución de problemas y se programaba, finalmente, la generalización y consolidación de las habilidades aprendidas.

Posteriormente, aparecieron los programas de entrenamiento de padres y educadores que se basan en métodos verbales, ensayos conductuales y modelado, haciendo hincapié en los principios del aprendizaje social, enfatizando la necesidad de definir y precisar las conductas alteradas, y enseñando las técnicas operantes para fomentar conductas adaptadas y eliminar comportamientos desadaptados (**Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. 2001**).

En cuanto a la eficacia terapéutica de estos procedimientos cognitivo-conductuales la disparidad de investigaciones que combinan la aplicación de distintos procedimientos y técnicas, y los datos inconsistentes aportados por diferentes trabajos, hacen necesario un esfuerzo por sistematizar los resultados terapéuticos obtenidos. Guiados por este objetivo, podemos distinguir por un lado, los efectos asociados a los procedimientos conductuales, básicamente operantes, y por otro, los efectos obtenidos por las técnicas cognitivas aplicadas como procedimientos únicos o combinados con otras técnicas conductuales. (**Gutiérrez-Moyano y Becoña, 1989; ; Kendall, 1993; Moreno 1996**).

En relación a los niños que han recibido tratamiento conductual cabe destacar los siguientes efectos conductuales positivos (**Gutiérrez-Moyano y Becoña, 1989; Abikoff y Klein, 1992**).

- (a) Aumento de la conducta atencional y el rendimiento académico.
- (b) Disminución de la actividad motora excesiva, y
- (c) Mejora de las interacciones sociales con una disminución de las interacciones inapropiadas al tiempo que aumenta la aceptación de estos niños por parte de sus iguales.

Por tanto, aunque sea de modo indirecto se han observado mejoras en su adaptación al medio familiar y escolar. Respecto a los padres y educadores que han sido entrenados se han obtenido los siguientes resultados:

- (a) Mejora de la percepción de los adultos respecto al comportamiento general del niño.
- (b) Mayor control del comportamiento infantil en el medio natural (generalización de las habilidades aprendidas para resolver problemas en situaciones específicas).
- (c) Cambios positivos en las interacciones padres-hijos.
- (d) Reducción del estrés familiar y mejora del clima social de la clase.

Por lo que respecta a la intervención cognitiva, si bien los primeros estudios de laboratorio realizados en los años setenta fueron muy exitosos y la relación

teórica de estos procedimientos con los síntomas característicos de los trastorno conductuales contribuyera a crear enormes expectativas, la verdad es que los datos acumulados en las dos últimas décadas no han sido tan satisfactorios (Kendall, 1993). Los resultados más favorables se han obtenido en el ámbito de la impulsividad asociada a problemas escolares. (Nelson e Israel, 1997).

En definitiva, pues, los resultados obtenidos tanto por las técnicas conductuales como cognitivo-conductuales, aún pudiéndose considerar positivos y especialmente relevantes en algunos casos, no han agotado ni mucho menos la necesidad de seguir investigando en la mejora de la intervención terapéutica sobre los trastornos de la conducta.

Tratamientos combinados:

Desde finales de los setenta la administración combinada de terapias cognitivo-conductuales ha ido ganando adeptos (Safer y Allen, 1976).

De forma resumida podemos afirmar que los intentos por aproximar y aplicar conjuntamente las terapias conductuales-cognitivas en este ámbito se sustentan en las siguientes razones: (Moreno, 1996):

- (a) La preocupación generalizada por la eficacia y las limitaciones de los tratamientos.
- (b) La expansión y desarrollo experimentado por la perspectiva cognitivo-conductual hacia nuevos trastornos y áreas de aplicación.

- (c) La comorbilidad entre los trastornos infantiles y
- (d) La necesidad de optimizar la puesta en práctica de las terapias tradicionales, reducir los costes del tratamiento y aumentar sus resultados a largo plazo.

Así pues, desde hace años se viene probando la eficacia de tratamientos mixtos integrados frecuentemente, por técnicas de manejo de contingencias, entrenamiento a padres y profesores, junto con procedimientos cognitivos como el entrenamiento en autoinstrucciones y en solución de problemas. (**Barkley, 1990; Whalen, 1993**). En general los objetivos de estos tratamientos combinados son, en primer lugar, optimizar la puesta en práctica de las terapias cognitivo-conductuales.

Las técnicas para prevenir la violencia e intervenir en niños con riesgo de comportamientos agresivos se han convertido en prioridades para la política educacional y el financiamiento. En años recientes, los estudios de investigación clínica han identificado empíricamente tratamientos de apoyo para niños agresivos. Las estrategias de tratamiento dirigidas a los padres (mejorar el monitoreo y la consistencia de la disciplina), así como a los niños (tratamientos de comportamiento cognitivo, como capacitación en destrezas para resolver problemas y manejo de la ira), han sido efectivas para reducir los problemas de comportamiento y de agresión en los niños. Los programas de intervención de

grupo, que son eficientes tanto en lo referente al tiempo y costo, son frecuentemente más efectivos que la terapia individual.

La investigación de los resultados del tratamiento indica que una combinación de intervenciones tanto para los padres como para los niños podría ser especialmente efectiva. **(Tammy D. Barry ;John E. Lochman., 2004)**

En este tratamiento las habilidades sociales se contemplan como conductas o destrezas cognitivo-perceptivas que posibilitan un adecuado funcionamiento interpersonal, como el proceso de afrontamiento por el cual se logra la capacidad social; se concretan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal; y posibilitan el logro de los objetivos individuales instrumentales o interpersonales a través de la interacción social **(Liberman & Corrigan, 1993; Mueser & Sayers, 1992).**

Queda claro que la habilidad social no es meramente una suma de características cognitivas o conductuales individuales estandarizadas, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes; lo que conlleva un gran dinamismo y motilidad en aspectos como el esquema corporal, el entorno físico, el bagaje histórico y sociocultural del individuo y del contexto concreto de interacción, el medio social de pertenencia, o los objetivos en juego de los participantes en la interacción **(Orviz & Fernández, 1997).**

De acuerdo con el desarrollo y naturaleza de las habilidades sociales, y con vista a su evaluación y tratamiento, **Mueser y Sayers (1992)** establecieron una serie de principios básicos que las caracterizan:

(a) Las habilidades sociales pueden ser aprendidas y enseñadas a personas con deterioros. A través de las influencias combinadas de la observación de modelos, del refuerzo social y del refuerzo material, se puede adquirir un repertorio de habilidades para su uso social en personas con déficit; que puede provenir de la falta de motivación, del desuso, de los efectos de los síntomas positivos o de la pérdida de las relaciones contingenciales de refuerzo dispuestas en el ambiente.

(b) Las habilidades sociales son específicas a cada situación, de modo que lo apropiado de la conducta social depende en parte del contexto ambiental en el que ocurre. Las reglas que regulan la conducta social están influidas por diferentes factores, como el propósito de la interacción, el sexo de los participantes, el grado de familiaridad y relación entre los actores, el número de personas presentes, el escenario y el momento. Por estas razones, la evaluación debe ser situacional.

(c) Las habilidades facilitan la competencia social, pero no la aseguran, en la medida en que ésta es el resultado de una red que incluye las habilidades de la persona y otros factores no relacionados con las destrezas, como la ansiedad y el ambiente.

(d) Las habilidades sociales inciden sobre el funcionamiento social y sobre el curso de los trastornos. A través de la mejora en la calidad de vida y la reducción de las exacerbaciones sintomáticas, las habilidades sociales son un instrumento de protección personal.

Una formulación más técnica de los componentes esenciales de las habilidades sociales fue aportada por **Bedell y Lennox (1994)**, que incluyen: (a) percibir con exactitud la información derivada de un contexto interpersonal; (b) transformar esta información en un programa conductual viable; y (c) ejecutar este programa a través de conductas verbales y no verbales que maximicen la probabilidad de lograr las metas y de mantener una buena relación con los demás.

Esta definición presume que las habilidades sociales comprenden dos grupos de destrezas: cognitivas y conductuales. Las cognitivas engloban la percepción social y el procesamiento de información que definen, organizan y guían las habilidades sociales. Las destrezas conductuales se refieren a las conductas verbales y no verbales usadas para la puesta en práctica de la decisión surgida de los procesos cognitivos.

En esencia, las habilidades sociales comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios cognitivo-conductuales, que pueden ser enseñados a los pacientes en los diversos programas de entrenamiento. Los elementos tradicionalmente más

importantes son **conductas expresivas** (contenido del habla, elementos paralingüísticos: volumen de voz, ritmo, tasa de emisión y entonación, y conducta no verbal: contacto ocular, postura, expresiones faciales, movimientos corporales y distancia y postura interpersonal); **conductas receptivas** (percepción social, que abarca atención e interpretación de pistas relevantes y reconocimiento de emociones); **conductas interactivas** (momento de respuesta, turnos de conversación y uso de reforzadores sociales); y **factores situacionales** (la «inteligencia social» o conocimiento de los factores culturales y las demandas específicas del contexto) (Bellack, Mueser, Gingerich, & Agresta, 1997; Mueser & Sayers, 1992).

Estos componentes moleculares de las habilidades se estructuran en torno a una serie de áreas generales características de las interacciones interpersonales que serán evaluadas en cada caso para, posteriormente, entrenar aquellas que se presenten deficitarias en cada paciente; entre las que se incluyen: habilidades básicas de conversación, habilidades intermedias de comunicación, declaraciones positivas, declaraciones negativas, solución de conflictos, manejo de medicación, relaciones de amistad y compromiso, solución de problemas y habilidades laborales.

Es evidente que no todos los pacientes presentan las mismas disfunciones y que, por lo tanto, no deben recibir el mismo formato de entrenamiento. (Lieberman, Mueser, Wallace, Jacobs, Eckman y Massel. 1986) describen tres modelos de entrenamiento en habilidades sociales, aunque todos comparten una

tecnología común que incluye instrucciones, ***role-play***, **ensayo conductual**, **modelado**, ***feedback*** y **reforzamiento**; y un formato estructural altamente sistematizado para la facilitación del aprendizaje y la construcción o desarrollo de las habilidades individuales que cada paciente necesita.

(a) **Modelo básico de entrenamiento:**

El proceso se establece de un modo gradual para moldear la conducta del paciente reforzando las aproximaciones sucesivas a la habilidad apropiada que se está entrenando. Se aplica a través del procedimiento de instrucciones, modelamiento del uso apropiado de las habilidades, ensayo conductual, role-play y retroalimentación positiva, con tareas entre sesiones para promover la generalización.

(b) **Modelo orientado a la atención:**

Este método ayuda a centrar la atención del paciente sobre aquellos materiales relevantes para el aprendizaje y, a la vez, trata de minimizar las demandas sobre sus habilidades cognitivas. Para ello utiliza ensayos múltiples, discretos y de corta duración, a la vez que intenta minimizar la distraibilidad por medio de una cuidadosa manipulación de los componentes de enseñanza. Una presentación controlada y secuencial de los componentes de aprendizaje son sus rasgos fundamentales.

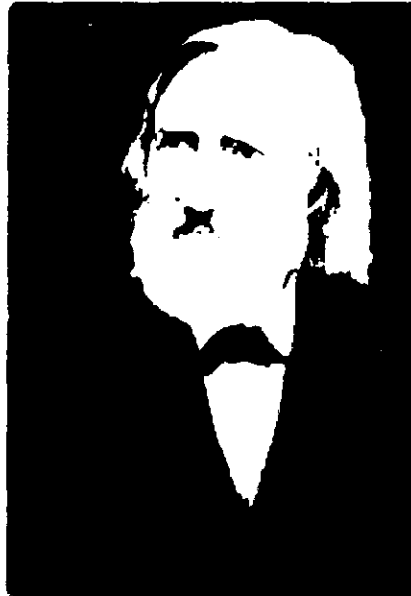
(c) Modelo de solución de problemas:

La ejecución inadecuada de habilidades en situaciones sociales puede proceder del déficit en las capacidades de solución de problemas. Desde esta perspectiva, la comunicación interpersonal se considera un proceso con tres estadios: habilidades de recepción, habilidades de procesamiento y habilidades de emisión (Lieberman et al., 1986; Wallace. 1984). Durante la fase de recepción, las habilidades consisten en estar atento y percibir correctamente las claves y los elementos contextuales que conforman las situaciones interpersonales. Las habilidades de procesamiento consisten en la generación de varias respuestas alternativas, en sopesar las consecuencias de cada una de ellas y en seleccionar la opción más indicada. Las habilidades de emisión hacen referencia a la aplicación de la opción elegida para conseguir una respuesta social eficaz, que integre los componentes verbales y no verbales.

CAPÍTULO II

EL TRASTONO NEGATIVISTA DESAFIANTE

1. Antecedentes del Trastorno Negativista Desafiante:



Leo con asombro que, en el empeño de dar lustre al Trastorno Negativista Desafiante, algún psiquiatra, pretendiendo hallarle a este trastorno un lugar en la historia de la psiquiatría, utiliza el nombre del **Sr. Heinrich Hoffman**, un pediatra que además dirigió un centro para “locos y epilépticos”, según la terminología de la época, en Frankfurt (Alemania) y en el libro que éste escribió con ilustraciones

de su propia mano, ***Struwwelpeter***, ya barruntaba en el siglo XIX lo del trastorno del déficit de atención. (Carbonell C. 2007)

Téngase en cuenta que el DSM IV (2003) consideraba la categoría Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, en la que se incluye: 1) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, 2) el trastorno disocial, 3) el trastorno negativista desafiante, y otras dos entidades residuales: 4) el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y 5) trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Se habla también que otra psicóloga, más analítica aún, sitúa la genial previsión del Sr. Heinrich Hoffman, no en el conjunto de cuentos que compone, sino en uno de ellos, **La Historia de Fidgety Philip**, cuya traducción es **Felipe Nervioso**; considera la psicóloga citada que los personajes de la siguiente escena son el Sr. y la Sra. Hoffman, y el hijo de ambos:

The Story of Fidgety Philip

"Phil, para, deja de actuar como un gusano, la mesa no es un lugar para retorcerse". Así habla el padre a su hijo, lo dice en tono severo, no es broma. La madre frunce el ceño y mira a otro lado, sin embargo, no dice nada. Pero Phil no sigue el consejo, él hará lo que quiera a cualquier precio. Él se dobla y se tira, se mece y se ríe, aquí y allá sobre la silla, "Phil, estos retorcijones, yo no los puedo aguantar". (Hoffman, 1854. En: Carbonell C., 2007).

2. F91.3 El Trastorno Negativista Desafiante (313.81)

Se encuentra según el **DSM-IV-TR** entre los **Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**; en el mismo documento se explica que el hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos infantiles y adultos. Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta.

A su vez, en este mismo documento el trastorno se incluye en el apartado de los **Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador**.

A. Características Diagnósticas:

La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses (**Criterio A**) y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos (**Criterio A1**):

- Discusiones con adultos. (**Criterio A2**)

- Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos. (**Criterio A3**)
- Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas. (**Criterio A4**)
- Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento. (**Criterio A5**)
- Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros. (**Criterio A6**),
- Mostrarse iracundo y resentido. (**Criterio A7**)
- Ser rencoroso o vengativo. (**Criterio A8**)

Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (**Criterio B**). No se establece el diagnóstico si el trastorno de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (**Criterio C**), o si se cumplen criterios de trastorno disocial o de trastorno antisocial de la personalidad (en un sujeto mayor de 18 años).

Los comportamientos negativistas desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuncia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir

la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial). El trastorno se manifiesta casi invariablemente en el ambiente familiar, pudiendo no ponerse de manifiesto en la escuela ni en la comunidad. Los síntomas del trastorno suelen ser más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros a quienes el sujeto conoce bien y, por lo tanto, pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables. (**American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2003**)

B. Síntomas y Trastornos Asociados:

Los síntomas y trastornos asociados varían en función de la edad del sujeto y la gravedad del trastorno. Se ha observado que en los hombres el trastorno es más prevalente entre quienes, durante los años escolares, tienen temperamentos problemáticos o una gran actividad motora. Durante los años escolares puede haber baja autoestima o todo lo contrario, un exceso de autoestima, labilidad emocional, baja tolerancia a la frustración, utilización de palabras soeces y un consumo precoz de alcohol, tabaco o sustancias ilegales.

Son frecuentes los conflictos con padres, profesores y compañeros. Puede establecerse un círculo vicioso en que el padre y el niño pongan de manifiesto lo peor de cada uno. El trastorno negativista desafiante es más prevalente en familias donde los cuidados del niño quedan perturbados por la sucesión de distintos cuidadores o en familias en que las prácticas educativas son duras, incoherentes o negligentes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es común en niños con trastorno negativista desafiante, como también los trastornos de la comunicación y los trastornos del aprendizaje. (**American Psychiatric Association., Op. Cit.**)

C. Síntomas dependientes de la edad y el sexo:

Puesto que en los niños preescolares y en los adolescentes son muy frecuentes comportamientos negativistas transitorios, es preciso ser cautos al establecer el diagnóstico de trastorno negativista desafiante, especialmente durante dichos períodos del desarrollo. El número de síntomas negativistas tiende a incrementarse con la edad. El trastorno es más prevalente en hombres que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualan más tarde. Los síntomas suelen ser similares en cada sexo, con la excepción de que los hombres pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes. (**American Psychiatric Association., Sup. Cit.**)

D. Prevalencia:

Se han hallado tasas de trastorno negativista desafiante situadas entre el 2 y el 16%, en función de la naturaleza de la población estudiada y de los métodos de evaluación.

E. Curso:

El trastorno negativista desafiante suele ponerse de manifiesto antes de los 8 años de edad y en general no más tarde del inicio de la adolescencia. Los síntomas negativistas acostumbran a aflorar en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual, y suelen mantenerse a lo largo de meses o años. En una proporción significativa de casos, el trastorno constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial. Aunque el trastorno disocial, concretamente el de inicio infantil, suele ir precedido por el trastorno negativista desafiante, muchos niños con este último trastorno no presentan posteriormente un trastorno disocial.

F. Patrón Familiar:

El trastorno negativista desafiante parece ser más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno

por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias. Además, algunos estudios sugieren que las madres con trastorno depresivo cuentan con más probabilidades de tener hijos con trastorno negativista, si bien no está claro en qué medida la depresión materna es el resultado de comportamiento negativista de los niños o su causa. El trastorno negativista desafiante es más frecuente en familias donde existen conflictos conyugales graves. (**American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, 2003**)

G. Diagnóstico Diferencial:

Los comportamientos perturbadores de los sujetos con trastorno negativista desafiante son de una naturaleza menos graves que las de sujetos con trastorno disocial y típicamente no incluyen agresiones hacia personas o animales, destrucción de propiedades ni un patrón de robos o fraudes. Puesto que todas las características del trastorno negativista desafiante suelen estar presentes en el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno disocial. (**American Psychiatric Association., Op. Cit**)

El trastorno negativista desafiante es una característica comúnmente asociada a trastornos del estado de ánimo y a trastornos psicóticos de niños y adolescentes y no deben ser diagnosticado separadamente si los síntomas

aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o de un trastorno psicótico.

Los comportamientos negativistas también pueden distinguirse de el comportamiento perturbador resultante de la desatención y la impulsividad propias del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Cuando coexisten ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos.

En sujetos con retraso mental solo se establece un diagnóstico de trastorno negativista desafiante cuando el comportamiento negativista es notablemente mayor que la habitualmente observada en sujetos de edad, sexo y gravedad del retraso mental comparables. **(American Psychiatric Association. Op. Cit)**

El trastorno negativista desafiante también debe distinguirse de una incapacidad para seguir normas resultante de una alteración de la comprensión del lenguaje (pérdida auditiva, trastorno del lenguaje receptivo-expresivo).

El trastorno negativista desafiante es una característica típica de ciertos estadios del desarrollo (p. Ej., primera infancia y adolescencia). Sólo debe considerarse el diagnóstico de trastorno negativista desafiante si los comportamientos en cuestión aparecen más a menudo y tienen consecuencias más graves que las observadas típicamente en otros sujetos de nivel de desarrollo comparable, conduciendo a deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral. La aparición de comportamientos negativistas en la adolescencia puede deberse al proceso de individualización normal. **(American Psychiatric Association. Sup. Cit)**

2. Diagnóstico Diferencial para el Trastorno Negativista Desafiante:

El Trastorno Negativista Desafiante ha de diferenciarse de....	En contraposición al Trastorno Negativista Desafiante, el otro trastorno....
Comportamiento negativista no patológico típico de ciertas etapas del desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> No es clínicamente significativo o no constituye un patrón persistente.
Trastorno adaptativo con alteración del comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Es una respuesta de mala adaptación a un estresante y no cumple los criterios del Trastorno Negativista Desafiante.
Trastorno Disocial.	<ul style="list-style-type: none"> Es más grave y se caracteriza por comportamientos de tipo agresivo y antisocial. No se diagnostica trastorno negativista desafiante si se cumplen los criterios del trastorno disocial.
Comportamiento negativista relacionado con trastornos del estado del ánimo o psicóticos.	<ul style="list-style-type: none"> Aparece solo en el contexto de un trastorno afectivo o en relación con ideas delirantes o alucinaciones.
Comportamiento negativista relacionado con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	<ul style="list-style-type: none"> Aparece como consecuencia de frustración ocasionada por problemas de inatención e hiperactividad.
Comportamiento negativista en el retraso mental.	<ul style="list-style-type: none"> Es menos grave y se acompaña de un retraso generalizado del desarrollo intelectual.
Incapacidad para seguir direcciones debido a una alteración de la comprensión del lenguaje.	<ul style="list-style-type: none"> No aparece cuando la comunicación se produce en la lengua nativa a un nivel que el individuo puede entender.
Trastorno antisocial de la personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> Puede diagnosticarse sólo en individuos mayores de 18 años.

Fuente: DSM-IV Manual de Diagnóstico Diferencial. 2003

3. La Educación Emotiva con Niños y Adolescentes:

Los principios de la T.R.E.C., sus recursos y sus consecuencias prácticas, son de fundamental importancia para lograr evitar trastornos emotivos y/o conductuales en todas las edades. Es por eso que han sido propuestos como herramienta educativa para niños y adolescentes.

Su principal objetivo es evitar trastornos emotivos, como depresión, la ansiedad, la vergüenza, o los ataques de ira, y evitar trastornos de la conducta, como la violencia, las adicciones o las inhibiciones. (**Obst Camerini, 2004**)

Veamos algunos argumentos:

- ❖ El principio de hacernos responsables de nuestras emociones y nuestras conductas es fundamental en este modelo y al mismo tiempo de gran importancia para la educación. Con estos conceptos el niño descubrirá primero que él es un importante causante de sus reacciones a través de lo que piensa sobre los acontecimientos (y sobre sí mismo). Por consiguiente dejará de hacer responsables a los otros o al mundo de sus emociones o conductas. De esta manera, a través de experiencias guiadas, el niño comprenderá que él puede optar por pensamientos más convenientes.

- ❖ Poder pensar y hablar de sus emociones, le abrirá un camino a poder resolver sus dificultades. Pensar y hablar de sus conductas le permitirá buscar las más apropiadas.
- ❖ El concepto de auto-aceptación le aumentará la tolerancia a la frustración y permitirá superar inhibiciones. Esto evitará trastornos de ansiedad y depresiones.
- ❖ El reconocimiento de las diferencias, la tolerancia (no ser demandante) y todos los conceptos anteriores serán útiles para mejorar sus relaciones interpersonales. También facilitarán su integración social y evitarán las conductas disfuncionales basadas en la intolerancia. (**Obst Camerini., Op. Cit.**)

A. Los Objetivos de la Educación R.E.C.:

La Educación Racional Emotiva Conductual es un programa de ejercicios, juegos, diálogos y otras actividades didácticas destinadas a alcanzar objetivos generales del proceso y específicos de cada experiencia. (**Obst Camerini., Sup. Cit.**)

a. Objetivos Generales:

- Mejorar el insight emotivo.
- Aprender recursos para reducir los trastornos emotivos.

- Mejorar la capacidad de enfrentar y resolver los problemas emotivos propios de la infancia y la adolescencia.
- Fortalecer la auto-aceptación y la confianza en sí mismo.
- Incrementar las habilidades interpersonales y sociales.

b. **Objetivos Específicos:**

Para la Educación Emotiva y Cognitiva:

- Reconocer y nombrar las emociones.
- Poder expresar las emociones.
- Descubrir que distintas personas experimentan distintas emociones ante iguales hechos.
- Descubrir que hay emociones funcionales y disfuncionales. (auto-saboteadoras).
- Descubrir que hay conductas funcionales y disfuncionales. (auto-saboteadoras).
- Descubrir que las emociones son disfuncionales porque generan conductas disfuncionales.
- Diferenciar entre sentimientos (emociones) y pensamientos.
- Descubrir que las emociones las generamos con nuestros pensamientos (auto-diálogo).

- Descubrir los pensamientos que generan nuestras emociones disfuncionales.
- Descubrir que podemos modificar nuestros pensamientos.
- Aprender formas de modificar nuestros pensamientos.
- Interiorizar consignas funcionales.
- Aumentar la tolerancia a la frustración.

Para el Desarrollo de la Auto-aceptación y Autoconfianza:

- Descubrir que todos somos distintos.
- Descubrir que todos tenemos distintas cualidades, habilidades y carencias.
- Entender que nadie es "superior" o "inferior", sino simplemente distinto.
- Entender que sólo pueden calificarse las conductas, no las personas.
- Aprender a vivir con nuestros errores o incorrecciones, aunque luchemos por corregirlos.
- Diferenciar entre culpa y arrepentimiento.
- Aprender a querernos incondicionalmente, no a las conductas indeseables.

Para el Desarrollo de Habilidades Interpersonales y Sociales:

- Aumentar las habilidades de comunicación.
- Aprender asertividad.
- Reconocer y diferenciar conductas pro-sociales y antisociales.
- Desarrollar conductas y habilidades pro-sociales.
- Aprender a desarrollar soluciones alternativas ante los problemas.
- Aprender a tomar decisiones.
- Diferenciar entre hechos y supuestos.
- Aprender a tolerar las diferencias e incorrecciones ajenas que no podemos evitar.

Los temas y, especialmente, su abordaje y tratamiento, se ajustará a la etapa del desarrollo del niño o adolescente. Las técnicas y objetivos deberán ser acordes con las mismas.

Con los adolescentes de 12 ó 14 años, se pueden entablar discusiones filosóficas, mostrar diversos puntos de vista, deducir principios generales, etc. Analizar conductas y resultados, debatir soluciones, etc.

Basándose en estos conceptos, es posible desarrollar una gran diversidad de actividades, juegos, experiencias y discusiones, adecuadas a la edad del grupo y a los objetivos de cada encuentro.

Si bien estas actividades pueden realizarse en forma individual, es más interesante realizarlas con pequeños grupos de 5 a 10 adolescentes. También es muy conveniente realizar estas actividades como parte del vitae de las escuelas en horarios de clase, con los alumnos de cada curso, cuando exista la autorización necesaria.

B. Algunas Creencias Frecuentes:

A continuación se presentan algunas de las creencias más frecuentes en niños y adolescentes: (Obst Camerini, 2004)

a. Creencias Nucleares Básicas:

- Debo ser aprobado y amado por las personas que me importan.
- Debo tener todo aquello que quiero.
- No debo pasar incomodidades y debo estar siempre entretenido.

b. **Creencias Irracionales Comunes en la Infancia:**

- Es horrible que otros no gusten de mí.
- Soy malo o incapaz si cometo errores.
- Todo debe resultarme cómodo y placentero.
- Debo tener todo aquello que quiero.
- El mundo debe ser justo y los malos deben ser castigados.
- Mis reales sentimientos deben permanecer ocultos. No deben ser conocidos por otros.
- Sólo existe una manera correcta de hacer, pensar, sentir, etc.
- Las personas valen más o menos dependiendo de su raza, posición social, o grado de preferencia de los papás.
- Es horrible tener que esperar o estar aburrido.

c. **Creencias Irracionales Comunes en los Adolescentes:**

- Es horrible no ser aceptado por mi grupo.
- Es horrible que mis padres no me comprendan.
- No debo cometer errores, especialmente errores sociales.
- Si mis padres se equivocan no puedo ser feliz.
- Yo no puedo hacer mejor. Así soy y siempre seré así.
- El mundo debe ser justo. Es horrible e insoportable que no lo sea.

- No puedo soportar la crítica o cualquier situación embarazosa.
- Yo no tengo la culpa, son otros los que me hicieron hacerlo.
- Las personas valen más si son más capaces, ricas, guapas, etc.

CAPÍTULO III

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. JUSTIFICACIÓN:

La vida humana está influenciada por interacciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo. Dicha influencia es más evidente en poblaciones de riesgo como son niños, adolescentes y adultos jóvenes quienes al estar en proceso de desarrollo y preparación académica, son más vulnerables a tales influencias. Partimos del ya probado supuesto de que una historia de aprendizaje rica en interacciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo integral más armónico y saludable y, contrariamente, cuando éstas son disfuncionales, pueden afectarlo, con lamentables consecuencias tanto para el individuo como para la familia, y el grupo social al que pertenece. Además, el estudio de las interacciones sociales conforma un campo de constante actualidad, debido a la naturaleza social del ser humano, y a que éstas son influidas por diversidad de factores cuya intervención no siempre es aquella socialmente esperada, o idónea para la conservación y mantenimiento de la salud; y en ocasiones, tampoco es reconocida como un factor de riesgo. Sin embargo, el vínculo entre interacciones sociales disfuncionales y problemas

psicológicos, de salud, sociales y educativos, ha sido ampliamente documentado con investigaciones empíricas, donde el estudio de competencia social y la salud integral cobra cada vez más relevancia.

Saber comunicarse adecuadamente, poder atraer la atención y la consideración de los semejantes y mantener con estos relaciones armoniosas; saber tomar decisiones acertadas; hacer un uso provechoso del tiempo; poder determinar adecuadamente nuestras metas y llevarlas a cabo siguiendo un plan previamente trazado; la capacidad para aprender , etc, constituyen habilidades sociales básicas que nos hacen competentes para alcanzar un adecuado ajuste psicosocial. (Zaldívar P. 2007)

Un individuo con déficit en sus habilidades sociales básicas, tiene mayores probabilidades de confrontar problemas emocionales y dificultades en su competencia social. Ello lo hace más vulnerable por las frustraciones de necesidades como seguridad, aceptación, realización, y por provocar que la persona obtenga menos reforzamiento social en general, lo que además de afectar la satisfacción de necesidades como las anteriormente señaladas, también daña su autoestima (la disminuye) y su sentimiento de identidad.

El tipo de vínculos que los padres establecen con sus hijos, incidirá en buena medida en que estos puedan o no convertirse en adultos competentes y ciudadanos productivos. Los padres que desarrollan un estilo de relación en el cual se compensa adecuadamente el cariño y la atención con el control y la

exigencia a sus hijos, crean condiciones favorables para que estos últimos se sientan seguros y desarrollen las habilidades y competencias sociales pertinentes.

Al hablar de competencia social, nos referimos a un patrón de adaptación al ambiente definido en términos de éxitos razonables, en el enfrentamiento de tareas del desarrollo, esperados para personas de una edad y un género determinado, en el contexto de una cultura, sociedad y época.

Las tareas del desarrollo constituyen actividades que de alguna manera reflejan los criterios y expectativas de padres, maestros y en definitiva de un grupo comunitario, en relación con el desempeño que un sujeto debe alcanzar en una etapa determinada de su vida, ante ciertas actividades: estudios, deporte, relaciones interpersonales, etc. (**Masten, 1998**).

La información generada en esta investigación podría ayudar al personal docente de nuestra institución a determinar a qué grupos de personas se debe atender, sus características y cómo se desarrollan los problemas de salud, sociales y académicos, vinculados a los repertorios sociales disfuncionales. Además de servir como criterio que permita orientar la investigación en el campo de la salud y estabilidad individual y social de la población estudiantil como el prevenir algunos problemas específicos.

En este sentido, cobra importancia la necesidad de conducir investigaciones sobre las interacciones sociales en general y las habilidades sociales en

particular tanto en poblaciones de adolescentes sanos y aquellas personas con necesidades especiales, derivadas de algún problema de salud crónica, o incapacidad física que afectan su interacción con las personas de su entorno. La intervención preventiva de estos problemas en nuestros colegios cobra importancia por los siguientes aspectos:

- a) **Los problemas de interacción social y déficits en habilidades sociales constituyen correlatos de múltiples trastornos de salud y de conducta en distintas etapas de la vida humana.**
- b) **Pueden vincularse con la prevención primaria y secundaria de los problemas con los que se encuentran asociados.**
- c) **Se pueden estudiar en ambientes no convencionales para beneficio de un mayor número de individuos.**

De acuerdo con lo anterior, el presente anteproyecto de investigación orienta sus acciones en las siguientes líneas de trabajo:

- **Centrado en el riesgo**: Tratará de prevenir o disminuir el riesgo de disfuncionalidad en los estudiantes.
- **Centrado en los recursos**: Tratará de hacer accesible los recursos a la vida del sujeto.

- **Centrado en el proceso:** Se trazarán estrategias centradas en el desarrollo de competencias y habilidades sociales.

Después de exponer en forma clara y sencilla nuestra justificación para realizar este proyecto, presento entonces el problema a resolver:

¿Qué efectos tendrá el Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en adolescentes del I.P.T. Jephtha B. Duncan G. diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante?

2. OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir con el desarrollo de un programa que permita la detección, evaluación e intervención preventiva y correctiva de conductas de riesgos que afectan la integridad y la educación de los adolescentes del I.P.T. Jephtha B. Duncan del Corregimiento de 24 de Diciembre.
- Evaluar los problemas de interacción social, conductuales y conductas de riesgos que afectan el proceso educativo de los adolescentes.
- Desarrollar y aplicar un programa de intervención preventiva y correctiva.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el grupo de estudio antes y después de aplicar el Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes del I.P.T. Jephtha B. Duncan G. del Corregimiento de 24 de Diciembre diagnosticados con Trastorno negativista desafiante.
- Evaluar la efectividad del Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes del I.P.T. Jephtha B. Duncan del Corregimiento de 24 de Diciembre.

4. METODOLOGÍA:

A. Variable Independiente:

Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes.

B. Variable Dependiente:

Recursos personales y la competencia social de los sujetos.
(Socialización).

C. Variable Constante:

Constancia Intersesional:

Se llevará a cabo una sesión de intervención semanal de aproximadamente 2 horas por 15 semanas (tres meses). La experiencia se llevará a cabo el mismo día, en el mismo horario y espacio físico; las mismas serán dirigidas por la misma persona y podrán integrarse en ocasiones algunos invitados.

D. DEFINICIONES CONCEPTUALES:

1. Programa Grupal de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes diagnosticados con trastorno Negativista Desafiante:

Es una intervención bien establecida como técnica de terapia de conducta, donde los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento/retroalimentación y tareas para casa, suelen ir acompañados por numerosos procedimientos cognitivos, como autoinstrucciones, modificación directa de pensamientos, solución de problemas, etc. La misma se ve fortalecida y complementada por una serie de ejercicios estructurados bien generales o bien específicos a las distintas dimensiones de las habilidades sociales. (Caballo, Vicente. 1986)

2. Habilidades Sociales:

La conducta socialmente habilidosa es un conjunto de conductas realizadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras reduce la probabilidad de que aparezcan futuros problemas. (Vicente E. Caballo. 1986).

3. Competencia social y competencia interpersonal:

De acuerdo con Pelechano (1995), cabría hacer una diferencia entre competencia social (éxito social, reconocimiento social de los méritos personales) y competencia interpersonal (reconocimiento individual de personas más que de instituciones). Se trata, en este último caso, del logro de una confianza personal, de ayuda hacia los demás y de un referente personal más que social.

4. Adolescente:

La adolescencia es la etapa que supone la transición entre la infancia y la edad adulta. Este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y la psicología.

5. Trastorno Negativista Desafiante:

Según el **DSM-IV-TR**, es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos:

- A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- A menudo discute con los adultos.
- A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
- A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
- A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- A menudo es colérico y resentido.
- A menudo es rencoroso o vengativo.

E. DEFINICIONES OPERACIONALES:

1. Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante:

Ejercicios estructurados, que se llevan a cabo en las sesiones de terapia. Su objetivo es hacer que los sujetos practiquen comportamientos que estarían incluidos bajo una dimensión concreta y que, por el formato estructurado de los ejercicios, son sencillos e instructivos para lograr ese objetivo. Estas dimensiones pueden concretarse en las siguientes: (Caballo, V. : 1991. En: Simón, M. 1993)

- Iniciar y mantener conversaciones.
- Hablar en público.
- Expresión de amor, agrado y afecto.
- Defensa de los propios derechos.
- Pedir favores.
- Rechazar peticiones.
- Hacer cumplidos.
- Aceptar cumplidos.
- Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.

- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- Disculparse o admitir ignorancia.
- Petición de cambios en la conducta del otro.
- Afrontamiento de las críticas.

2. Las habilidades sociales:

Son las que se relacionan con los intercambios sociales que se realizan con otras personas. Por tanto incluyen:

- Iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros.
- comprender y responder a los indicios situacionales pertinentes.
- Reconocer sentimientos, proporcionar realimentación positiva y negativa.
- Regular la propia conducta; ser consciente de los iguales y de la aceptación de éstos; calibrar la cantidad y el tipo de interacción a mantener con otros.
- Ayudar a otros.
- Hacer y mantener amistades y relaciones de pareja.
- Responder a las demandas de los demás.
- Elegir, compartir.
- Entender el significado de la honestidad y de la imparcialidad.

- Controlar los impulsos.
- Respetar normas y leyes y adecuar la conducta a éstas.
- Mostrar un comportamiento sociosexual adecuado.

(Simón, M., Op. Cit.)

3. Competencia social y competencia interpersonal:

La competencia social, pues, forma parte de la conducta adaptativa del sujeto. Esta última incluye destrezas de funcionamiento independiente, desarrollo físico, desarrollo del lenguaje, así como competencias académicas funcionales. De acuerdo con **Prieto, Illán y Arnáiz (1995)**, centrándose en el contexto educativo, las destrezas sociales incluyen:

- Las conductas interpersonales (aceptación de la autoridad, destrezas conversacionales, conductas cooperativas, etc.).
- Las conductas relacionadas con el propio individuo (expresión de sentimientos, actitudes positivas hacia uno mismo, conducta ética, etc.).
- Conductas relacionadas con la tarea (trabajo independiente, seguir instrucciones, completar tareas, etc.).
- La aceptación de los compañeros.

4. ADOLESCENTE:

Periodo en el cual el joven de aproximadamente 11 a 17 años entra en la etapa en la cual experimenta cambios físicos, emocionales y sociales como el resultado del funcionamiento de algunos órganos y del aumento de la actividad de otros.

F. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GRUPAL:

Según Kazdin (2001), esta será una investigación con un Diseño Cuasi-experimental, con grupo de control equivalente con prueba previa y posterior. Este diseño se utiliza cuando no es posible asignar los sujetos en forma aleatoria a los grupos que recibirán el tratamiento experimental y resultan ser mucho mejores que carecer de grupo de control.

G. MUESTRA:

La misma se tomará de la población de estudiantes adolescentes del I.P.T. Jephtha B. Duncan G. del Corregimiento de 24 de Diciembre; turno vespertino.

En los diseños cuasiexperimentales los sujetos no son asignados al azar a los grupos ni emparejados; sino que dichos grupos ya están formados antes del

experimento, son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron fueron independientes o aparte del experimento).

La muestra será de 24 sujetos diagnosticados con trastorno negativista desafiante escogidos al azar, repartidos de la siguiente manera: 12 sujetos (**Grupo de Intervención**), los cuales recibirán el tratamiento y 12 sujetos (**Grupo Control**). Este grupo tendrá que contestar una serie de baterías de evaluación en diferentes puntos del tiempo para coincidir con los intervalos de los pretest y posttest de los sujetos que recibirán la intervención.

Los estudiantes escogidos tendrán que firmar al igual que sus padres una nota de consentimiento donde se les informará los beneficios del programa y algunos otros criterios importantes. (**Incentivos**: meriendas, transporte, etc.)

- **Criterios de Inclusión:**

- Edad promedio de 11 a 17 años.
- Estar motivado a participar en el programa.
- Haber sido diagnosticado con Trastorno Negativista Desafiante.

- **Criterios de Exclusión:**

- Faltar a tres actividades del programa.

- **Problemas de Validez:**

- Difusión del Tratamiento.
- Falta de control experimental total.

H. INTERVENCIÓN PROPUESTA:

Las sesiones que componen el Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes serán programadas en una sesión semanal de 2 horas aproximadamente por 15 semanas (tres meses) **VER ANEXO**. Se comenzará con las habilidades básicas hasta llegar a las habilidades más complejas en las últimas sesiones. En las mismas se utilizará la **Terapia Racional Emotiva de Ellis** y otras técnicas de apoyo.

Los padres tienen acceso directo e inmediato a las conductas problemáticas de sus hijos, intervienen en el momento preciso y controlan efectos muy potentes sobre el comportamiento de los mismos como la atención y el efecto. Con ellos se propone realizar una reunión cada dos semanas. Su intervención tendrá un doble objetivo:

- Participar como fuente de reforzamiento tras la recepción de un informe positivo acerca del comportamiento de los hijos.
- Asegurar que los cambios apreciados en la escuela se consoliden y generalicen en casa, con la familia.

Con la ayuda de los padres se buscará asegurar y consolidar los beneficios terapéuticos más allá del contexto en el que se ha desarrollado el tratamiento;

informar a los padres sobre los principios del aprendizaje para que éstos aprendan habilidades y pautas de conductas encaminados a regular y alterar eficazmente los comportamientos de los hijos.

Actividades a Desarrollar:

- Dar información sobre las causas y características del trastorno negativista desafiante.
- Entrenamiento en el uso de un sistema de economía de fichas para la casa.
- Utilizar el tiempo fuera y otros procedimientos disciplinarios contingentes a la conducta para comportamientos específicos inadecuados.
- Mejorar la actuación académica de su hijo utilizando un registro de informe diario del colegio.
- Anticipar problemas y manejar el comportamiento del joven en lugares públicos.

Técnicas a Utilizar:

Instrucción verbal, ensayo de conducta, modelado, evitación, reforzamiento, asignación de tareas, etc.

Los Profesores serán informados sobre pautas de actuación correctas con los estudiantes; principios de aprendizaje en los que se basan los comportamientos del joven con trastorno negativista desafiante y precisar el efecto que sus propias conductas pueden generar en los alumnos. Además, se le facilitarán ciertos procedimientos para fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos.

Actividades a Desarrollar:

- Dar información sobre el trastorno.
- Informar y debatir acerca del contenido del programa y técnicas utilizadas; objetivos conductuales que se desean alcanzar, efectos esperados, etc. Hacer hincapié en los recursos a su alcance.
- Discusión y debate sobre los posibles problemas, inconvenientes y obstáculos asociados a la puesta en práctica del tratamiento.
Planteamiento de estrategias de solución.

Técnicas a Utilizar:

Información verbal, ensayo conductual, modelado, asignación de tareas, otras técnicas más centradas en el estilo de enseñanza.

Finalmente, se les aplicará a ambos (padres y profesores), el mismo cuestionario de evaluación del programa que a los participantes del tratamiento, con el fin de comparar las similitudes o variantes.

5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Durante el primer paso, se llevará a cabo la evaluación y diagnóstico de la competencia social de cada individuo. Para este diagnóstico se utilizarán distintas estrategias: **Entrevista Clínica del estudiante; aplicación del cuestionario de Autoconcepto forma A al estudiante; batería de socialización (BAS-DE Silva y Martorell); Cuestionario de Evaluación del Programa para los Adolescentes y profesores.**

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN (BAS-3):

Este instrumento se elaboró por F. Silva y M^aC Martorell (1987) en España para detectar varios aspectos de la conducta social en escolares. Es una autoevaluación que consta de 75 reactivos con respuestas "sí" o "no" y evalúa la percepción que los propios sujetos tienen de su conducta social. **(Silva, F. y Martorell, M. 1987)**

A partir de su aplicación se obtiene un perfil de socialización con cuatro escalas de aspectos facilitadores (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol) y tres escalas de aspectos perturbadores (agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez). También se obtiene una apreciación global del grado de adaptación social.

La BAS-3 permite trazar un perfil de la conducta social en función de 5 dimensiones:

- Consideración con los demás (**Co**).
- Autocontrol en las relaciones sociales (**Ac**).
- Retraimiento social (**Re**).
- Ansiedad social / timidez (**At**).
- Liderazgo (**Li**).

Se han incluido, además, 10 elementos para obtener una puntuación en sinceridad.

Los elementos de los cuestionarios BAS-1 y BAS-2 cumplen básicamente dos funciones:

- a) Lograr un perfil de socialización mediante cuatro escalas de aspectos facilitadores -Liderazgo (**Li**), Jovialidad (**Jv**), Sensibilidad

social (**Ss**), Respeto-autocontrol (**Ra**)- y tres de aspectos perturbadores – Agresividad-terquedad (**At**), Apatía-retraimiento (**Ar**), Ansiedad- timidez (**An**).

- b) Obtener una apreciación global del grado de adaptación social del sujeto mediante la escala **Cs** o Criterio de Socialización. (**Silva, F. y Martorell, M., Op. Cit.**)

La prueba no cuenta con una puntuación máxima debido a que cada área dentro de la batería es una prueba por sí misma. Sin embargo, para uso de esta investigación se obtuvo una puntuación total al sumar los reactivos de la prueba; donde a mayor puntaje mayor nivel de socialización. (**Gutierrez. J.; Lerma. A.; Vásquez. C. 2007**)

Tiempo de aplicación:

Sin tiempo definido (variable 20 minutos, aproximadamente. Se puede aplicar en forma colectiva a jóvenes entre las edades de 11 a 19 años.

DESCRIPCIÓN GENERAL:

La batería BAS tiene como antecedente una detallada revisión bibliográfica sobre escalas e instrumentos de estimación para detectar varios aspectos de la conducta social en escolares. Entre las áreas cubiertas por estas escalas, se

destaca el interés por la conducta ante los mayores o en determinados rendimientos y, sobre todo, por la conducta interpersonal o grupal con los demás niños. En este área se centra el contenido de las escalas BAS. Tiene también como antecedente otros estudios de los autores que dieron lugar a la Escala de Socialización Escolar (ESE), de donde surge la BAS como una mejora de la validez de contenido y perfeccionamiento de esta versión anterior.

Confiabilidad:

En los cuestionarios 1 y 2 de la BAS se han calculado, entre otros, los coeficientes de consistencia interna y estabilidad temporal de cada una de las escalas. En cuanto a la consistencia interna, los valores oscilan en la BAS-1 (N= 1.630) entre 0,87 en la escala **An** y 0,99 en la escala **Ar**, y en la BAS-2 (N= 303) entre 0,79 en la escala **Cs** y 0,86 en la escala **Ra**.

La estabilidad temporal fue calculada en estas dos pruebas como correlación test-retest con un intervalo de cinco meses en BAS-1 (N= 131) y de cuatro meses en BAS-2 (N= 303). Los resultados oscilan en el BAS-1 entre 0,51 en la escala **Ss** y 0,68 en la escala **Li**, y en el BAS-2 entre 0,54 en la escala **Ss** y 0,70 en la escala **Ar**.

La misma estructura se siguió con la BAS-3. Con un total de **806** sujetos para los estudios de consistencia interna y de **358** para la estabilidad temporal, se

calcularon los pertinentes coeficientes. Los resultados se presentan, sin el cero ni la coma decimales, en la siguiente tabla:

Escalas	Consistencia Interna	Test-retest
Co	82	42
Ac	78	66
Re	91	43
At	78	65
Li	73	61
S	60	64

Validez:

La batería BAS en sus diferentes formas se ha puesto en relación con variables intelectuales, de personalidad y de rendimiento, para delimitar así el constructo que se pretende evaluar. De esta forma, se aplicó junto a la BAS las pruebas EPQ-J, CMMS, PMA y Raven Especial y General, y se obtuvieron las estimaciones del rendimiento global de los sujetos a partir de la valoración de 303 profesores.

En el caso de las pruebas BAS-1 y BAS-2, se han encontrado relaciones significativas entre las siguientes escalas: **An (+)** con Neuroticismo; **Jv (+)** con Extraversión; **Ra (-)**, **Ar (+)** y **At (+)** con Dureza, y **An (+)**, **Ss (-)** y **At-Ra (+)** con Conducta Antisocial. En la prueba BAS-3, se realizó un análisis factorial de las escalas de socialización junto con varias escalas de personalidad. En este análisis sobresale el factor que aúna **Ac** y, en sentido contrario, Neuroticismo, Psicoticismo, Impulsividad y Conducta antisocial. Además, aparece otro claro

factor que relaciona la escala **Co** con Empatía y, en sentido contrario, con Psicoticismo. Otro factor, donde domina la introversión, recoge las escalas **At** y **Re**. Por último, aparece un cuarto factor dominado por las escalas de Sinceridad, donde la escala **Ac** tiene también su lugar con signo contrario.

Por otra parte, la relación entre la inteligencia y las tres pruebas de la BAS es escasa, diferenciada y, en términos generales, decreciente, así como esperable según los contenidos de sus escalas, lo que sin duda viene a apoyar la validez de constructo del instrumento.

Por último, las pruebas BAS-1 y BAS-2 parece que tienen una relación moderada, pero importante, con el rendimiento escolar, por lo que las dimensiones de la socialización evaluadas de esta manera deben ser tenidas en cuenta en los estudios de predicción del rendimiento y en la comprensión de la complejidad de éste. Sin embargo, las escalas de la BAS-3 no guardan relación con el rendimiento académico y, a excepción de **Re**, tampoco discriminan adecuadamente entre "normales pedagógicos" y "deficientes pedagógicos".

6. ESTADÍSTICO:

En este estudio se utilizará el **Modelo Estadístico " t " de Student para Medias Dependientes**, con el cual se podrá determinar si hubo alguna diferencia significativa entre los dos grupos (grupo de intervención y grupo

control) del estudio después de la aplicación del **Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante**, de manera que podamos aceptar o rechazar nuestra hipótesis.

IV CAPÍTULO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Autoconcepto:

Muy relacionado con el término de autoconcepto se encuentra el de autoestima, que se refiere a esa valoración que cada persona hace de sí misma y que surge de descubrirse, de autodisciplinarse y aceptarse uno/a mismo/a. Indica la extensión en la que cada cual cree ser capaz, significativo, exitoso y digno.

Es una dimensión humana que influye en casi todo el comportamiento y define el límite de los seres capaces de hacer cosas positivas, de ser felices y disfrutar la salud.

Analizando los ítems del formulario de autoconcepto forma A, se pudo observar que en el pretest el grupo experimental: ocho (8) sujetos (67%) respondieron ser siempre alegres y cuatro (4) sujetos (33%) ser alegres a veces. Posteriormente, en el posttest nueve (9) sujetos (75%) respondieron ser siempre alegres y tres (3) sujetos (25%) dijeron ser alegres a veces.

Mientras que en el grupo control: También ocho (8) sujetos (67%) respondieron ser siempre alegres y cuatro (4) sujetos (33%) ser alegres a veces;

luego, ocho (8) sujetos (67%) volvieron a confirmar que siempre eran alegres; tres (3) sujetos (25%) que eran alegres algunas veces y un (1) sujeto (8%) que nunca lo era respectivamente.

Al preguntárseles al grupo experimental si se consideraban nerviosos, durante el pretest, seis (6) sujetos (50%) respondieron serlo siempre; tres (3) sujetos (25%) dijeron serlo a veces y tres (3) sujetos (25%) respondieron no serlo; sin embargo, en el pretest solo dos (2) sujetos (17%) aceptaron ser nerviosos; ocho (8) sujetos (66%) dijeron serlo a veces y dos (2) sujetos (17%) expresaron no serlo nunca.

Por su parte, en el grupo control: seis (6) sujetos (50%) afirmaron ser siempre nerviosos; cuatro (4) sujetos (33%) que lo eran algunas veces y dos (2) sujetos (17%) que nunca eran nerviosos. Luego, durante el posttest, siete (7) sujetos (58%) dijeron ser siempre nerviosos; tres (3) sujetos (25%) que lo eran algunas veces y dos (2) sujetos (17%) que nunca eran nerviosos.

¿Te gusta tu forma de ser?

En el grupo experimental ocho (8) sujetos (67%) respondieron gustarle siempre su forma de ser y cuatro (4) sujetos (33%) solo a veces les gustaba su forma de ser. Para el posttest, diez (10) sujetos (83%) afirmaron gustarle su forma de ser, sobretodo por los cambios que habían tenido durante el programa;

y dos (2) sujetos (17%) dijeron que les gustaba a veces su forma de ser.

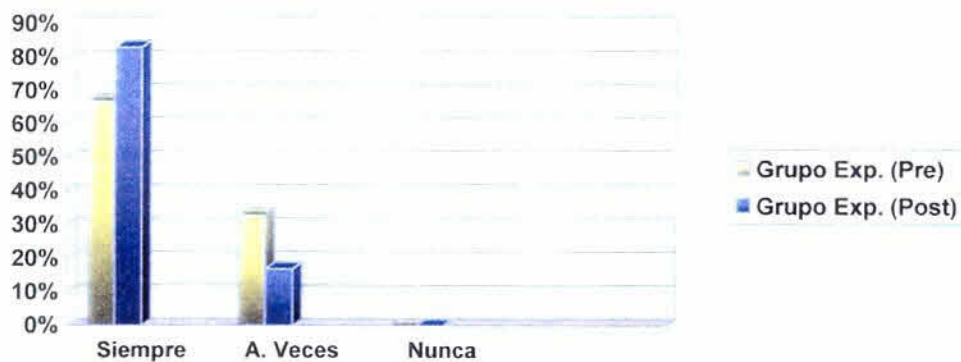
(Gráfica N° 1)

No hubo diferencia alguna entre el pretest y el posttest al preguntárseles si eran torpes en muchas cosas: once (11) sujetos (92%) aceptaron ser torpes a veces, mientras que un (1) sujeto (8%) no aceptó serlo nunca.

El grupo control se dividió de la siguiente forma: ocho (8) sujetos (67%) dijeron que les gustaba su forma de ser y cuatro (4) sujetos (33%) que les gustaba algunas veces. No hubo cambio durante el posttest. Con respecto a si eran torpes en muchas cosas, sus respuestas coincidieron con las del grupo experimental.

Gráfica N° 1
Grupo Experimental

¿Te gusta tu forma de ser?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿La gente te tiene manía?

En el pretest del grupo experimental: siete (7) sujetos (**58%**) aceptaron sentir que siempre la gente les tenía manía, mientras que cinco (5) sujetos (**42%**) dijeron sentirse así solo a veces; posteriormente, en el posttest, cuatro (4) sujetos (**33%**) aceptaron sentir que siempre la gente les tenía manía; seis (6) sujetos (**50%**) sentirlo a veces y dos (2) sujetos (**17%**) expresaron no pensar de esta manera.

En el grupo control: cinco (5) sujetos (**42%**) aceptaron que la gente les tiene manía; seis (6) sujetos (**50%**) que les tienen manía algunas veces y un (1) sujeto (**8%**) que no contestó el ítem. En la segunda prueba hubo una pequeña variación cuando seis (6) sujetos (**50%**) afirmaron que todos les tienen manía y seis (6) sujetos (**50%**) que algunas veces las personas les tienen manía. (**Gráfica N° 2**)

Con respecto al concepto de autoestima, Ellis considera que implica una auto-evaluación o calificación en una escala de valores que se origina a partir de: (1) nuestros éxitos o fracasos con relación a metas o ideales; (2) las opiniones reales o supuestas de otras personas (en especial las significativas) sobre nosotros. (**Obst Camerini. 2004**)

Esto resulta una fuente de trastornos, ya que puede conducir tanto a una sobre-valoración insostenible como a una desvalorización peligrosa ante fracasos o rechazos. Además, es un concepto irracional por cuanto:

- (1) Nadie tiene éxito en todo ni fracasa en todo y es imposible asignar un valor general a una persona como tal.
- (2) Lo apropiado es calificar a las acciones y no a las personas.
- (3) La opinión de otros no puede modificar lo que realmente somos.

Entonces, Ellis propone el concepto de "**Autoaceptación**", definido como el amor incondicional a nosotros mismos, querernos y valorarnos por el hecho de existir, sin calificarnos en ninguna escala de valores. (Obst Camerini. Op. Cit.)

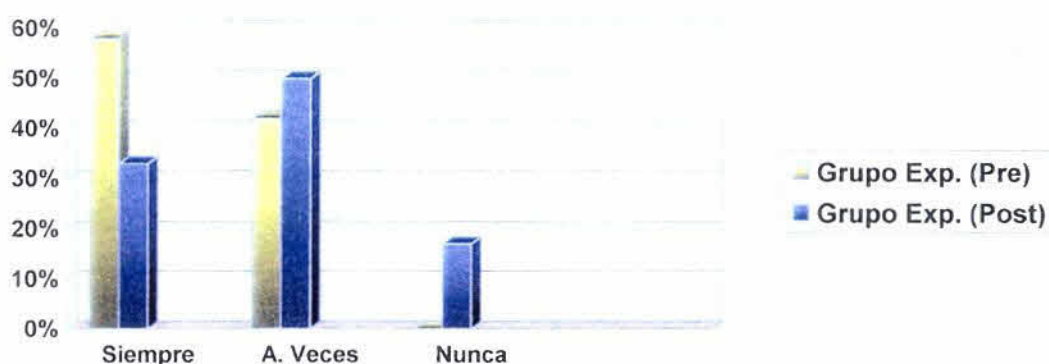
Esta idea expuesta por Ellis, tiene una gran validez en nuestra realidad y se plasma realmente en nuestro estudio como en nuestra vida diaria. Los (as) jóvenes se hacen la idea de que son fracasados; no puede hacer.....; son pocos atractivos (os), etc., solo por el hecho de tener una experiencia negativa o porque algunas personas, importantes para ellos (profesores, padres, amigos o simplemente algún desconocido), tienen una imagen negativa de los mismos.

Por otra parte, el **DSM-IV-TR** expone en el apartado del Trastorno Negativista Desafiante que unas de las características diagnósticas del mismo es que el joven acusa a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (**Criterio A5**); a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros (**Criterio A6**). Normalmente los sujetos con este trastorno no se consideran a sí mismos negativistas ni desafiantes, sino que justifican su comportamiento con una respuesta a exigencias o circunstancias no razonables, conductas que se

reflejaron en las respuestas de los sujetos del estudio en el ítem: ¿La gente me tiene manía?

Gráfica N° 2
Grupo Experimental

¿La gente me tiene manía?



Fuente: Abdel Contreras Z.

2. Aspecto Emocional:

Cada niño desde su nacimiento tiene temperamento distinto, una forma innata de reaccionar emotivamente, de origen biológico y muy estable a través de toda la vida o muy difícil de modificar. Cada temperamento interacciona con los acontecimientos de la vida, tanto en la determinación de la respuesta ante determinadas situaciones, favoreciendo o no ciertas emociones y conductas.

¿Dices la verdad aunque te perjudique?

En el pretest, la respuesta a este ítem fue que dos (2) sujetos (17%) dijeron decir siempre la verdad sin importar que ello los perjudique; por otro lado, diez (10) sujetos (83%) aceptaron decir a veces la verdad. Posteriormente, cuatro (4) sujetos (33%) respondieron que decían siempre la verdad aunque los perjudicara y ocho (8) sujetos (67%) que solo dicen la verdad algunas veces por temor a las consecuencias.

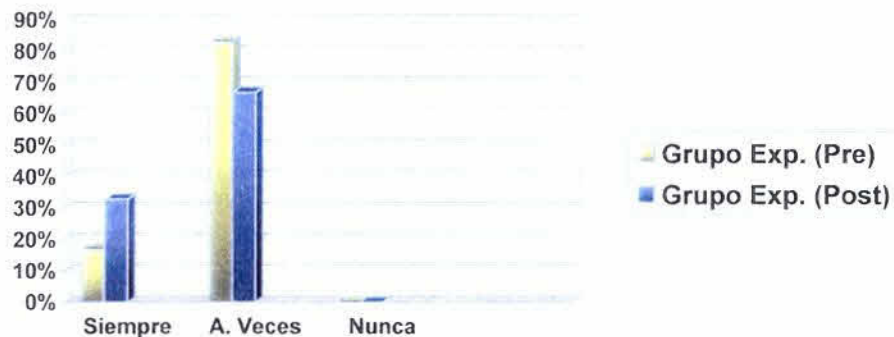
En el grupo control, tanto en el pretest como en el postest los doce (12) sujetos (100%) afirmaron que solo algunas veces dicen la verdad. (**Gráfica N° 3**)

Al preguntarles al grupo experimental si se desanimaban cuando algo les salía mal, primeramente cinco (5) sujetos (42%) respondieron hacerlo siempre; seis (6) sujetos (50%) solo algunas veces y un (1) sujeto (8%) dijo no desanimarse cuando algo le salía mal. Posteriormente, sus respuestas variaron en: un (1) sujeto (8%) respondió desanimarse siempre; nueve (9) sujetos (75%) solo a veces y dos (2) sujetos (17%) no hacerlo nunca.

A este mismo ítem, el grupo control afirmaba que cinco (5) sujetos (42%) se desanimaban cuando algo les salía mal y seis (6) sujetos (50%) que se desanimaban algunas veces solamente y un (1) sujeto (8%) que decía nunca desanimarse. En el postest, cuatro (4) sujetos (33%) dijeron desanimarse constantemente y ocho (8) sujetos (67%) que les ocurría algunas veces.

Gráfica N° 3 Grupo Experimental

¿Dices la verdad aunque te perjudique?



Fuente: Abdel Contreras Z.

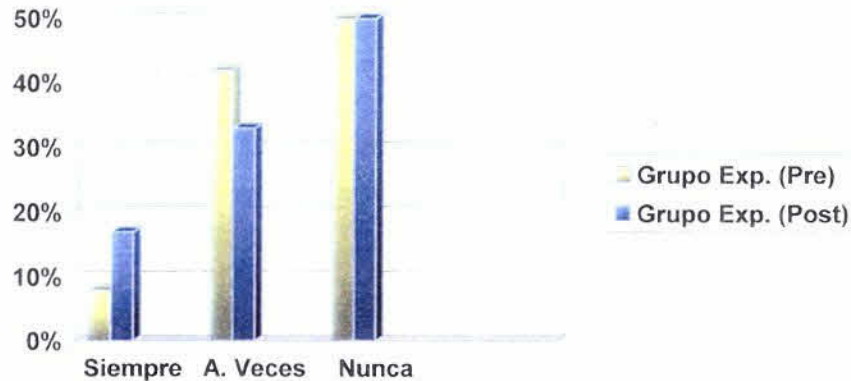
¿Me avergüenzo de muchas cosas que hago?

Las respuestas del grupo experimental a este ítem no variaron mucho: en el pretest un (1) sujeto (**8%**) respondió avergonzarse siempre de sus actos; cinco (5) sujetos (**42%**) dijeron hacerlo a veces y seis (6) sujetos (**50%**) respondieron que nunca se avergüenzan de lo que hacen. Ya en el posttest, solo dos (2) sujetos (**17%**) aceptaron avergonzarse de sus actos, cuatro (4) sujetos (**33%**) expusieron avergonzarse a veces, pero igual que en el pretest, seis (6) sujetos (**50%**) dijeron no avergonzarse nunca de las cosas que hacían.

De igual manera, en el grupo control no hubo variación entre las dos pruebas: seis (6) sujetos (**50%**) respondieron que se avergonzaban algunas veces y seis (6) sujetos afirmaron que nunca se avergonzaban de sus actos. (**Gráfica N°4**)

Gráfica N° 4
Grupo Experimental

¿Me avergüenzo de muchas cosas que hago?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Me gustan las peleas y las riñas?

Primeramente en el grupo experimental, dos (2) sujetos (**17%**) respondieron que siempre les gustaban las peleas y las riñas; cuatro (4) sujetos (**33%**) aceptaron que a veces les gustaban las peleas y riñas; finalmente seis (6) sujetos (**50%**) reconocieron que nunca les gustaban las peleas o riñas, pero que otros la buscaban.

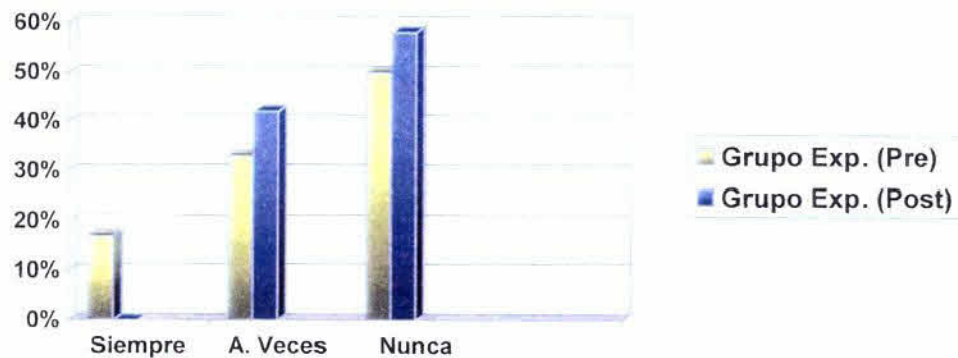
Luego, durante el postest, cinco (5) sujetos (**42%**) aceptaron que algunas veces les gustaban las peleas y las riñas; siete (7) sujetos (**58%**) expusieron que nunca les agradaba la pelea o la riña, pero que otros la buscan.

En el grupo control, cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron que siempre les gustaban las peleas y las riñas; seis (6) sujetos (**50%**) que les gustaba algunas veces y dos (2) sujetos (**17%**) que no les gustaban las peleas ni las riñas. Luego las variables se modificaron un poco: cinco (5) sujetos (**42%**) afirmaron que siempre les gustaban las peleas y las riñas; siete (7) sujetos (**58%**) que les gustaban algunas veces solamente. (**Gráfica N° 5**)

Aquí se observa nuevamente dos de los ocho criterios para el diagnóstico de este trastorno: **(5)** a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento; **(6)** a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.

Gráfica N° 5
Grupo Experimental

¿Me gustan las peleas y las riñas?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo?

En este ítem se ve claramente la diferencia entre ambos momentos del grupo experimental: primeramente se obtuvieron ocho (8) sujetos (67%) que respondieron molestarse a veces si los demás no hacen lo que ellos dicen; cuatro (4) sujetos (33%) dijeron nunca enfadarse en tal caso.

Posteriormente, varió la respuesta, cuando cuatro (4) sujetos (33%) respondieron que se enfadaban algunas veces si los demás no hacían lo que ellos decían y ocho (8) sujetos (67%) que nunca se enfadaban en tal caso.

Para el grupo control las respuestas se distribuyen de la siguiente manera: ocho (8) sujetos (67%) afirmaron que siempre se enfadaban si los demás no hacían lo que ellos decían y cuatro (4) sujetos (33%) que se enfadaban algunas veces cuando los demás no hacían lo que ellos decían. Esto no varió posteriormente. (Gráfica N° 6)

Por último, al preguntarles al grupo experimental si perdían la paciencia fácilmente, durante el pretest cuatro (4) sujetos (33%) respondieron que siempre la perdían; cinco (5) sujetos (42%) dijeron hacerlo a veces y tres (3) sujetos (25%) que nunca perdían la paciencia.

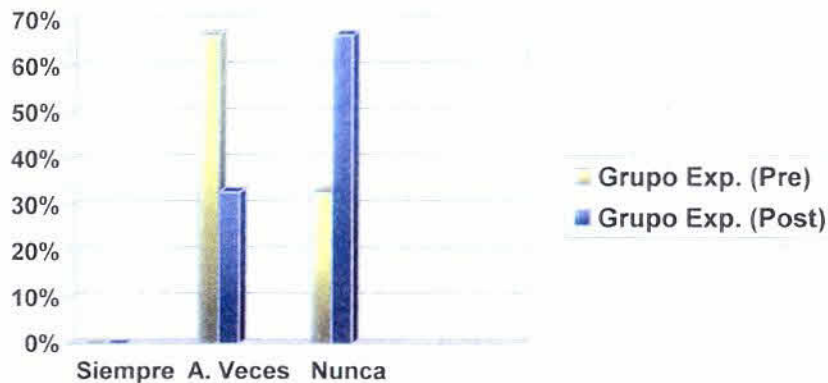
En la segunda prueba siete (7) sujetos (58%) respondieron que sí perdían la paciencia fácilmente; tres (3) sujetos (25%) que la perdían algunas veces y dos (2) sujetos (17%) que nunca pierden la paciencia.

A este mismo ítem, el grupo control respondió: ocho (8) sujetos (67%) perdían fácilmente su paciencia; tres (3) sujetos (25%) afirmaron que solo algunas veces pierden su paciencia fácilmente y un (1) sujeto (8%) que nunca pierde fácilmente su paciencia. Posteriormente este último sujeto se incluyó en el grupo que algunas veces perdía la paciencia fácilmente (33%).

Fue importante en la realización de esta investigación que los sujetos que conformaban el grupo experimental supieran que algunos de sus estilos de respuestas fueron funcionales y útiles en su infancia, pero que al ir adentrándose a la adolescencia resultan disfuncionales e inadaptadas por lo que podía aprender a moderar sus respuestas emotivas y a modificar o hasta suprimir algunas conductas disfuncionales favorecidas por él. Dicho de otra forma, este trabajo de investigación tuvo entre sus objetivos que sus integrantes encontraran alternativas más eficaces para el logro de sus metas, mostrárselas y ayudarlos a aprenderlas y practicarlas.

Gráfica N° 6
Grupo Experimental

¿Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo?



Fuente: Abdel Contreras Z.

3. Aspecto Académico:

El aspecto académico de los niños o adolescentes diagnosticados con trastornos negativista desafiante también es deteriorado en forma significativa (**Criterio B**).

De igual forma, los trastornos de aprendizaje y de comunicación también tienden a asociarse a este trastorno. Se ha observado que en los hombres el trastorno es más prevalente entre quienes, durante los años escolares, tienen temperamentos problemáticos o una gran actividad motora.

Al analizar las respuestas dadas por los sujetos del estudio se pudo constatar que al preguntársele:

¿Me pongo nervioso cuando me llama algún profesor?

En el Grupo experimental: cinco (5) sujetos (**42%**) respondieron que siempre se ponían nerviosos al ser llamados por un profesor y siete (7) sujetos (**58%**) dijeron ponerse nerviosos algunas veces.

En el postest, los mismos sujetos a la misma pregunta respondieron de la siguiente forma: tres (3) sujetos (**25%**) siempre se ponían nerviosos al ser llamados por un profesor; ocho (8) sujetos (**67%**) ponerse nerviosos algunas veces y un (1) sujeto (**8%**) que nunca se pone nervioso al ser llamado por algún profesor.

Por otro lado, en el grupo control: seis (6) sujetos (**50%**) dijeron siempre ponerse nerviosos cuando lo llamaba algún profesor; cinco (5) sujetos (**42%**) que se ponían nerviosos algunas veces cuando lo llamaba algún profesor y un (1) sujeto (**8%**) que nunca se pone nervioso al ser llamado por un profesor.

Luego ante la misma pregunta, cinco (5) sujetos (**42%**) respondieron nuevamente que se ponían nerviosos al ser llamados por un profesor; seis (6) sujetos (**50%**) que les ocurría algunas veces y un (1) sujeto (**8%**) que nunca se ponía nervioso al ser llamado por un profesor.

Cuando me porto mal en clases: ¿Me siento disgustado?

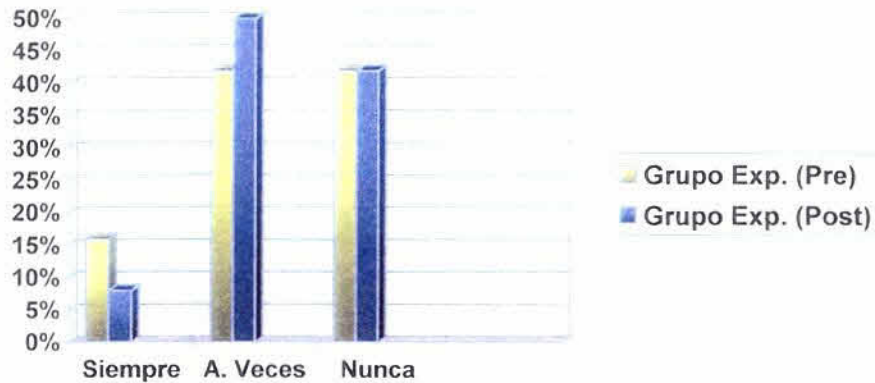
En el grupo experimental, dos (2) sujetos (16%) dijeron que siempre se sentían disgustados al portarse mal en clases; cinco (5) sujetos (42%) que solo algunas veces se sentían disgustados y cinco (5) sujetos (42%) que nunca se sentían disgustados al portarse mal en clases.

En el segundo examen, hubo una pequeña diferencia: un (1) sujeto (8%) dijo siempre sentirse molesto; seis (6) sujetos (50%) que algunas veces se sentían molestos y nuevamente cinco (5) sujetos (42%) respondieron nunca sentirse disgustados al portarse mal en clases.

Ahora, con el mismo ítem en el grupo control se obtuvieron las siguientes respuestas: dos (2) sujetos (17%) afirmaron que si se sentían disgustados cuando se portaban mal en clases; seis (6) sujetos (50%) respondieron que algunas veces se sentían disgustados al portarse mal en clases, pero cuatro (4) sujetos (33%) dijeron que no era necesario que estuvieran disgustados para portarse mal en clases. En el posttest, el cambio ocurrió en éste último grupo, donde dos (2) afirmaron que algunas veces, al portarse mal en clases, estaban disgustados, lo que modificaba el porcentaje en: (17%), (67%) y (16%) respectivamente. (Gráfica N° 7)

Gráfica N° 7
Grupo Experimental

Cuando me porto mal en clases: ¿Me siento disgustado?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Hago bien los trabajos escolares?

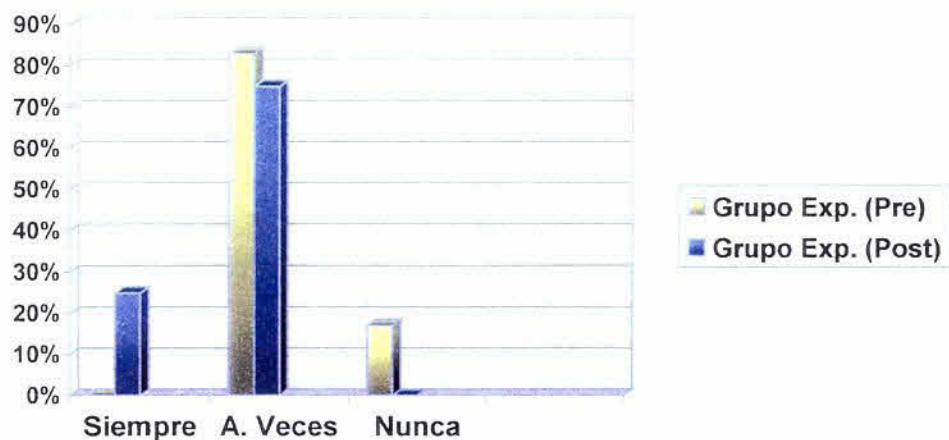
Durante el pretest, el grupo experimental respondió de la siguiente manera: diez (10) sujetos (**83%**) respondieron que algunas veces hacen bien los trabajos escolares, mientras que dos (2) sujetos (**17%**) dijeron nunca hacer bien los trabajos escolares.

Posteriormente, las respuestas a este mismo ítem fueron: tres (3) sujetos (**25%**) expusieron que siempre tratan de entregar bien los trabajos escolares y nueve (9) sujetos (**75%**) que sólo algunas veces hacen bien los trabajos escolares.

Para el grupo control las respuestas fueron iguales en ambas pruebas: cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron que siempre sus trabajos eran mal hechos y ocho (8) sujetos (**67%**) que algunas veces sus trabajos estaban mal hechos. Al discutir dichas respuestas, el grupo control llegaba a la conclusión de que no ponían la atención cuando se daban las indicaciones o que simplemente se cansaban o perdían el interés en la tarea, lo que les perjudicaba en sus notas. (**Gráfica N° 8**)

Gráfica N° 8
Grupo Experimental

¿Hago bien los trabajos escolares?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Soy lento en terminar los trabajos escolares?

Para el grupo experimental: siete (7) sujetos (**58%**) afirmaron ser lentos en terminar los trabajos escolares y cinco (5) sujetos (**42%**) respondieron nunca ser lentos; luego al mismo ítem, un (1) sujeto (**8%**) expuso siempre ser lento al terminar los trabajos escolares; seis (6) sujetos (**50%**) dijeron ser lentos algunas veces y cinco (5) sujetos (**42%**) nunca ser lentos en sus trabajos escolares.

En el grupo control: cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron que siempre eran lentos para terminar sus trabajos escolares y ocho (8) sujetos (**67%**) que algunas veces eran lentos al terminar sus trabajos escolares. Estas respuestas no varían posteriormente.

¿Me pongo nervioso cuando hablo en clases?

Las respuestas a este ítem en el grupo experimental fueron las siguientes: dos (2) sujetos (**16%**) afirmaron que siempre se ponen nerviosos cuando les toca hablar en clases; cinco (5) sujetos (**42%**) dijeron ponerse nerviosos algunas veces y cinco (5) sujetos (**42%**) expusieron nunca ponerse nerviosos.

En la segunda prueba o posttest: tres (3) sujetos (**25%**) dijeron ponerse nerviosos algunas veces; nueve (9) sujetos (**75%**) respondieron nunca ponerse nerviosos al hablar en clases.

Muy similar a las respuestas a otros ítem anteriores, en el grupo control: seis (6) sujetos (50%) dijeron siempre ponerse nerviosos cuando hablaban en clases; cinco (5) sujetos (42%) que se ponían nerviosos algunas veces cuando hablaban en clases y un (1) sujeto (8%) que nunca se pone nervioso al hablar en clases.

Luego ante la misma pregunta, cinco (5) sujetos (42%) respondieron nuevamente que se ponían nerviosos al hablar en clases; seis (6) sujetos (50%) que les ocurría algunas veces y un (1) sujeto (8%) que nunca se ponía nervioso al hablar en clases.

¿Con frecuencia soy voluntario en la escuela?

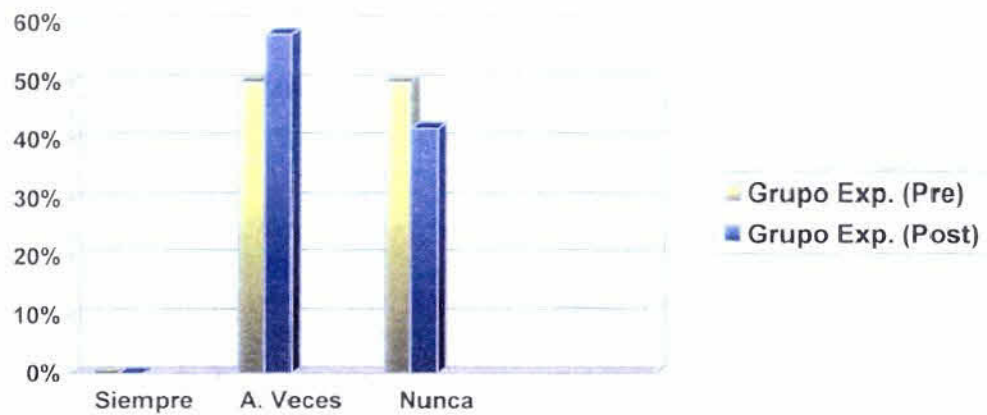
Seis (6) sujetos del grupo experimental (50%) respondieron que son voluntarios algunas veces y seis (6) sujetos (50%) dijeron que nunca son voluntarios. Mientras que en la segunda prueba: siete (7) sujetos (58%) afirmaron que algunas veces son voluntarios en la escuela y cinco (5) sujetos (42%) no ser nunca voluntarios. (Gráfica N° 9)

Para el grupo control: ocho (8) sujetos (67%) afirmaron que algunas veces eran voluntarios en la escuela y cuatro (4) sujetos (33%) que nunca eran voluntarios en la escuela. Posteriormente, cinco (5) sujetos (42%) respondieron que algunas veces eran voluntarios en la escuela y siete (7) sujetos (58%) que nunca lo eran.

Entre las excusas que exponían era que: tenían miedo de quedar en ridículo ante sus compañeros; porque no sabían nada sobre la clase; por miedo a lo que diría el profesor, etc.

Gráfica N° 9
Grupo Experimental

¿Con frecuencia soy voluntario en la escuela?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿ Detesto la escuela?

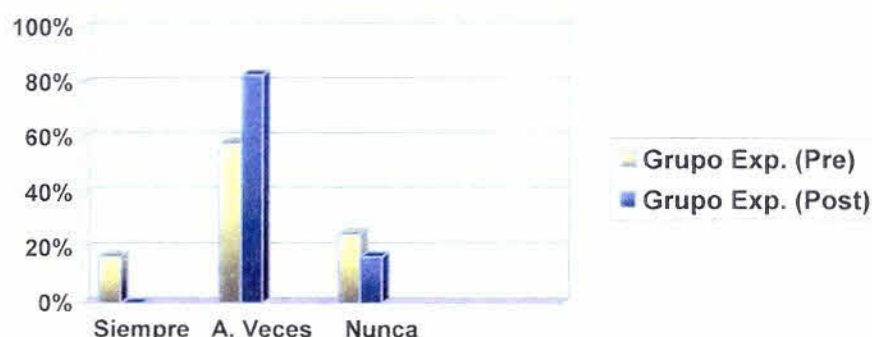
En el grupo experimental: dos (2) sujetos (**17%**) dicen detestar la escuela; siete (7) sujetos (**58%**) detestan la escuela algunas veces y tres (3) sujetos (**25%**) respondieron nunca detestarla.

En el postest, diez (10) sujetos (83%) dijeron detestar la escuela algunas veces y dos (2) sujetos (17%) dicen nunca detestarla.

En el grupo control: dos (2) sujetos (17%) respondieron que siempre detestaban la escuela y diez (10) sujetos (83%) dijeron detestar la escuela algunas veces solamente. No hubo variación en sus respuestas durante el postest.

Gráfica N° 10
Grupo Experimental

¿Detesto la Escuela?



Fuente: Abdel Contreras Z.

Estudiando lo anteriormente expuesto, es claro que a los sujetos del estudio se les tuvo que poner mucho cuidado en crearles interés, sentimientos de importancia y seguridad, buena voluntad hacia los profesores y el reconocimiento de que el estudiar a cualquier nivel académico es un privilegio.

Generalmente, lo que el estudiante teme en el aula de clase es la falta de capacidad para dar una respuesta adecuada en determinado momento ante el

profesor y los demás compañeros. Este hecho, que en realidad no es el gran descubrimiento a nivel educativo, puede servir de clave al educador para manejar ciertos problemas de motivación en sus estudiantes. Si al alumno se le hace ver que esta incapacidad particular produce su temor a participar en las clases y se le enseña cómo vencerla, tendrá un fuerte motivo para emprenderlo.

El aprendizaje debe entonces, convertirse en una experiencia feliz y atractiva; pero esto no quiere decir que el alumno no debe aprender a trabajar teniendo en cuenta resultados ulteriores y distantes.

¿Mis profesores me consideran inteligente y trabajador?

Un (1) sujeto (8%) del grupo experimental dice que siempre los profesores lo consideran inteligente y trabajador, mientras que once (11) sujetos (92%) sienten que solo algunas veces sus profesores los consideran inteligentes y trabajadores.

En la segunda prueba, tres (3) sujetos (25%) confirman que sus profesores siempre los consideraban inteligentes y trabajadores y nueve (9) sujetos (75%) dicen que algunas veces.

Por su parte en el grupo control, tres (3) sujetos (25%) afirmaron que algunas veces los profesores los consideraban inteligentes y trabajadores pero, nueve (9) sujetos (75%) sentían que nunca los profesores los consideraban como inteligentes o trabajadores. Estas respuestas nunca variaron en la segunda prueba.

¿Olvido pronto lo que aprendo?

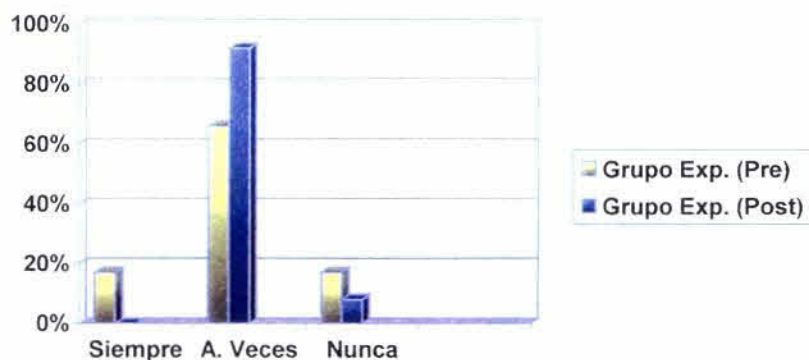
En el grupo experimental dos (2) sujetos (**17%**) afirmaron que olvidaban pronto lo que aprendían; ocho (8) sujetos (**66%**) dijeron olvidar algunas veces lo que aprendían y dos (2) sujetos (**17%**) respondieron que nunca olvidaban pronto lo que aprendían. (**Gráfica N° 11**)

En la segunda prueba: once (11) sujetos (**92%**) dijeron olvidar algunas veces lo que aprendían y un (1) sujeto (**8%**) afirmó nunca olvidar pronto lo que aprendía.

Los sujetos del grupo control en su totalidad, 12 sujetos (**100%**) dijeron que olvidaban pronto lo que aprendían y que esto ocurría siempre. Posteriormente, dos (2) sujetos (**17%**) afirmaron que les ocurría siempre y diez (10) sujetos (**83%**) que esto les ocurría algunas veces.

Gráfica N° 11
Grupo Experimental

¿Olvido pronto lo que aprendo?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Trabajo mucho en clases?

En el pretest del grupo experimental: cinco (5) sujetos (42%) confirmaron que siempre trabajan mucho en clases; siete (7) sujetos (58%) respondieron que algunas veces trabajan mucho en clases. Para el posttest, seis (6) sujetos (50%) dijeron siempre trabajar mucho en clases y seis (6) sujetos (50%) hacerlo algunas veces.

Durante el pretest del grupo control: dos (2) sujetos (17%) respondieron que siempre trabajaban mucho en clases; siete (7) sujetos (58%) que algunas veces trabajaban mucho en clases y tres (3) sujeto (25%) que nunca trabajaban en clases. Las mismas respuestas se dieron durante el posttest por el grupo control.

La escuela y el educador son también una influencia importante en el desarrollo emocional del adolescente; pero hay pruebas de que no siempre constituyen una fuerza beneficiosa en este sentido. La rebeldía contra la insatisfacción que surge de la experiencia escolar es un factor etiológico primario en la delincuencia juvenil.

En este caso, se pudo constatar que muchos de los sujetos del estudio demostraban hostilidad como un medio para ocultar su miedo al fracaso; encubrían sus temores y falta de confianza eludiendo sus deberes o cambiando de una actividad a otra.

En muchas ocasiones, se sumaba a los típicos síntomas del trastorno negativista desafiante otros problemas: la actitud del docente hacia sus

discípulos provocaba en ellos sentimientos que se manifestaban en problemas de disciplina; se resentían ante su profesor (a) sarcástico (a), que perdía su dominio emocional con facilidad, etc.

Para mejorar esta situación, el docente debe estar bien alerta a todo lo que el alumno haga o diga que sea capaz de revelar algo de sus sentimientos. Además debe estar atento a sus propias emociones, expresiones y conductas, ya que los mismos influyen sobre la forma en que él interpreta la conducta del alumno y el efecto que esto le produce.

Entonces, el docente puede ayudar al educando a reducir sus experiencias frustratorias, puede ayudarlo a eludir aquellas situaciones con las que no puede enfrentarse sin recurrir a la ira; pero el alumno, con una debida orientación, también debe reconocer sus propias limitaciones y a ajustar sus aspiraciones y propósitos a sus talentos y capacidades.

4. Aspecto Familiar:

¿Mi familia me considera alguien importante?

Diez (10) sujetos (83%) del grupo experimental respondieron que su familia los consideraban importantes y dos (2) sujetos (17%) que algunas veces su familia los consideraba importantes. Ningún sujeto negó que la familia lo considerara importante.

En el postest no hubo diferencia alguna en sus respuestas.

En el grupo control: siete (7) sujetos (**58%**) afirmaron que sus familiares los consideran importantes y cinco (5) sujetos (**42%**) que algunas veces su familia los considera importante. No se presentaron diferencias en sus respuestas durante el postest.

¿Mi familia está decepcionada de mí?

En el grupo experimental no se presentaron diferencias en sus respuestas: cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron que algunas veces su familia se decepciona de ellos y ocho (8) sujetos (**67%**) que nunca su familia se mostró decepcionada de ellos.

De igual manera, en el grupo control: cinco (5) sujetos (**42%**) dijeron que algunas veces su familia se decepciona de ellos y siete (7) sujetos (**58%**) que nunca su familia se muestra decepcionada de ellos.

¿Soy criticado en casa?

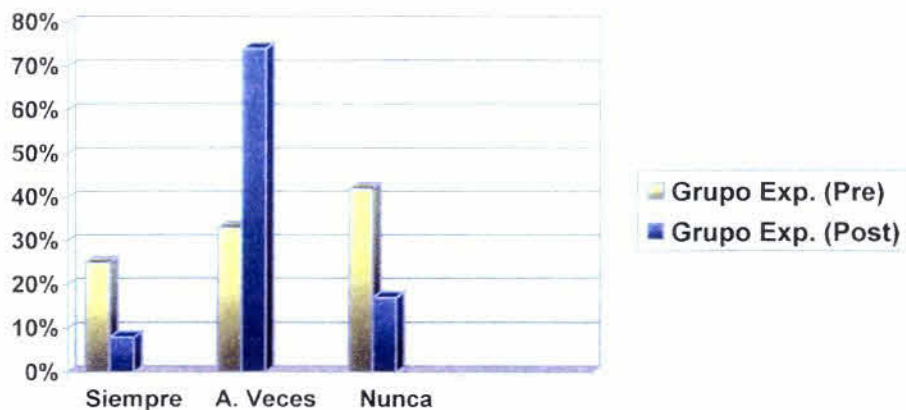
En el grupo experimental: tres (3) sujetos (**25%**) dijeron que siempre eran criticados en casa; cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron que eran criticados algunas veces en casa y finalmente cinco (5) sujetos (**42%**) respondieron que nunca eran criticados en casa.

Luego en el posttest, un (1) sujeto (**8%**) respondió que era criticado siempre en casa; nueve (9) sujetos (**75%**) afirmaron ser criticados algunas veces en casa y dos (2) sujetos (**17%**) que nunca eran criticados en casa. (**Gráfica N° 12**)

Para el grupo control los datos fueron los siguientes: cinco (5) sujetos (**42%**) afirmaron que siempre eran criticados en casa; cuatro (4) sujetos (**33%**) que eran criticados algunas veces en casa y tres (3) sujetos (**25%**) que nunca eran criticados en casa. Posteriormente, en la segunda prueba: cuatro (4) sujetos (**33%**) afirmaron siempre ser criticados en casa; cinco (5) sujetos (**42%**) respondieron ser criticados algunas veces en casa y tres (3) sujetos (**25%**) que nunca eran criticados en casa.

Gráfica N° 12
Grupo Experimental

¿Soy Criticado en casa?



Fuente: Abdel Contreras Z.

Es importante señalar que, generalmente, los padres de los niños y adolescentes diagnosticados con el trastorno negativista desafiante y/o cualquier otro trastorno desconocen los síntomas o características de los mismos, incluso no saben qué actitud o supervisión deben dar a sus hijos. Cuando estos padres llevan a sus hijos a un profesional, es porque ya no soportan más la situación o porque algún educador le sugiere o le obliga en muchos casos que solicite la ayuda de un psicólogo, etc. Sumado a los síntomas típicos del trastorno, se encuentran los conflictos de una disfunción familiar que favorece el desarrollo y evolución de los desórdenes de conducta. Los patrones de interacción negativa entre los padres e hijos del estudio fueron, según datos del estudio, determinantes en el desarrollo de innumerables respuestas agresivas y violentas, por parte del joven.

Sin importar qué trastorno presente un individuo, la seguridad y el cariño que reciba del hogar son fundamentales para el desarrollo social apropiado. Si se siente atemorizado y rechazado, tal condición se refleja en las relaciones sociales del mismo. Las formas de conducta socialmente inaceptables, se relacionan a menudo con el grado de conflicto y represión en que vive el individuo en el hogar.

Mediante técnicas de refuerzo cognitivo conductuales, de motivación, empatía y de reestructuración de creencias los padres pueden lograr transformar un clima hostil cargado de impotencia en uno de cooperación y armonía familiar.

5. Aspecto Social:

¿Es difícil para mí mantener amigos?

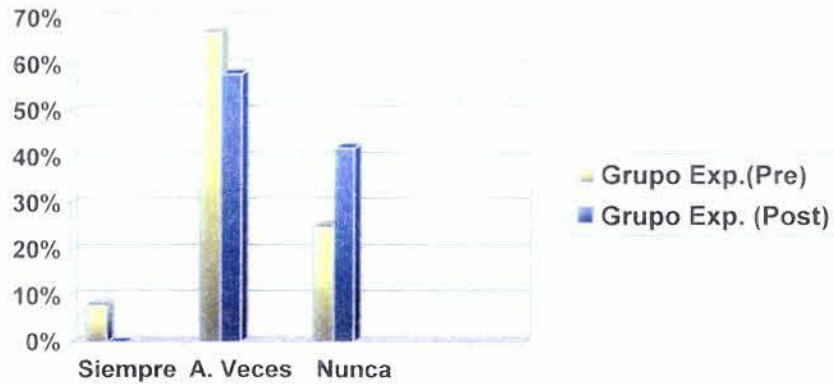
A este ítem los sujetos del grupo experimental respondieron primeramente: un (1) sujeto (8%) respondió que siempre le resulta difícil; ocho (8) sujetos (67%) dijeron que algunas veces le resulta difícil mantener amigos y tres (3) sujetos (25%) que nunca le resulta difícil mantener amigos.

En el postest, siete (7) sujetos (58%) afirmaron que algunas veces les resultaba difícil mantener amigos y cinco (5) sujetos (42%) que nunca les resulta difícil mantener amigos. (Gráfica N° 13)

Las respuestas del grupo control en la primera prueba fue la siguiente: dos (2) sujetos (17%) afirmaron que siempre les resultaba difícil mantener amigos; siete (7) sujetos (58%) que algunas veces les resultaba difícil mantener amigos y tres (3) sujetos (25%) que nunca les resultaba difícil mantener amigos. Para la segunda prueba, los resultados no variaron demasiado: un (1) sujeto (8%) dijo que le resultaba difícil mantener amigos; ocho (8) sujetos (67%) que les resultaba difícil algunas veces mantener amigos y por último, tres (3) sujetos (25%) que afirmaron nunca tener dificultad para mantener a sus amigos.

Gráfica N° 13
Grupo Experimental

¿Es difícil para mí mantener amigos?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Consigo fácilmente amigos?

Para el grupo experimental, siete (7) sujetos (**58%**) dijeron que siempre consiguen amigos fácilmente y cinco (5) sujetos (**42%**) que algunas veces consiguen fácilmente amigos.

Posteriormente, diez (10) sujetos (**83%**) respondieron que siempre consiguen amigos fácilmente y dos (2) sujetos (**17%**) que algunas veces consiguen amigos fácilmente.

Ante la misma pregunta, el grupo control respondió de la siguiente forma: siete (7) sujetos (**58%**) afirmaron que siempre conseguían fácilmente amigos y cinco (5) sujetos (**42%**) que algunas veces conseguían fácilmente amigos. Durante la segunda prueba, estos datos no variaron.

¿Soy violento con mis amigos y familiares?

Cinco (5) sujetos (**42%**) del grupo experimental afirmaron que algunas veces son violentos con sus amigos y familiares, mientras que siete (7) sujetos (**58%**) que nunca lo eran.

Posteriormente, cuatro (4) sujetos (**33%**) dijeron algunas veces ser violentos con sus amigos y familiares; finalmente, ocho (8) sujetos (**67%**) respondieron que nunca son violentos con sus familiares y amigos.

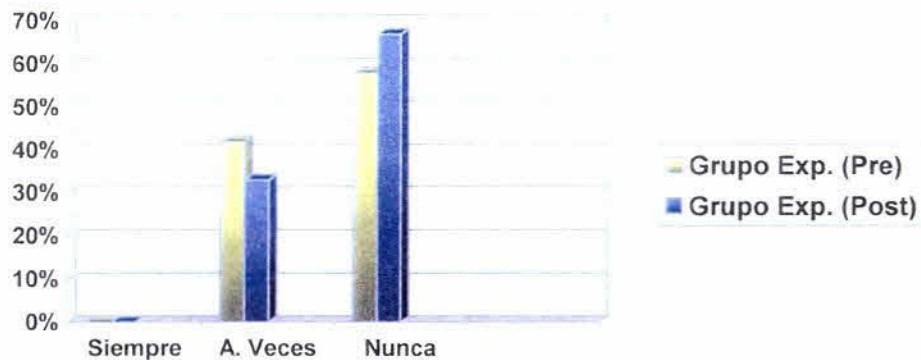
En el grupo control, dos (2) sujetos (**17%**) afirmaron que siempre son violentos con sus amigos y familiares; siete (7) sujetos (**58%**) dijeron ser algunas veces violentos con sus amigos y familiares y tres (3) sujetos (**25%**) que nunca son violentos con sus amigos y familiares. Para el posttest, un (1) sujeto (**8%**) afirmó que siempre era violento con sus amigos y familiares; seis (6) sujetos (**50%**) dijeron que algunas veces eran violentos con sus amigos o familiares y por último, tres (3) sujetos (**25%**) confirmaron que nunca eran violentos con sus amigos y familiares. (**Gráfica N° 14**)

Durante las reuniones y la discusión de los ítems, el grupo experimental exponía que en realidad la gran mayoría resultaba en muchos momentos ser violentos con sus amigos o familiares, pero que no siempre se utilizaba la fuerza física, sino que también utilizaban la coerción, tono de voz o palabras fuertes en los cuales se reflejaba claramente la violencia. Utilizando estas últimas

herramientas, se dieron cuenta que a veces no era necesario utilizar la fuerza y lograban seguramente sus objetivos sin que se les llevara la contraria.

Gráfica N° 14
Grupo Experimental

¿Soy violento con mis amigos y familiares?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban?

En el pretest del grupo experimental, once (11) sujetos (**92%**) dijeron hacerlo siempre y un (1) sujeto (**8%**) afirmó que nunca fingía no escuchar. En la segunda prueba, ocho (8) sujetos (**67%**) afirmaron que siempre fingían no escuchar cuando los llamaban, mientras que, cuatro (4) sujetos (**33%**) dijeron nunca hacerlo.

Para el grupo control, los datos resultaron similar a los del grupo experimental: once (11) sujetos (**92%**) afirmaron que siempre hacían como que

no oían cuando se les llamaba y un (1) sujeto (8%) que decía nunca hacerlo. Estos datos no cambiaron durante el posttest.

¿Desafío a los mayores cuando me llaman la atención?

En el grupo experimental, siete (7) sujetos (58%) respondieron que siempre desafiaban a los mayores cuando les llamaban la atención y cinco (5) sujetos (42%) dijeron nunca hacerlo.

Luego en el posttest, seis (6) sujetos (50%) afirmaron que siempre desafiaban a los mayores cuando les llamaban la atención, mientras que seis (6) sujetos (50%) dijeron nunca hacerlo.

En el grupo control, los resultados fueron muy similar a los del grupo experimental: ocho (8) sujetos (67%) afirmaron siempre desafiar a los mayores y cuatro (4) sujetos (33%) dijeron que algunas veces desafiaban a los mayores. No hubo cambios en sus respuestas durante la segunda prueba.

¿Soy impulsivo y me falta paciencia?

Primeramente en el grupo experimental, nueve (9) sujetos (75%) afirmaron que siempre son impulsivos y les falta paciencia; tres (3) sujetos (25%) negaron dicha situación.

Posteriormente, en el posttest no se obtuvieron diferencias en sus respuestas: nueve (9) sujetos (75%) volvieron a responder que siempre son impulsivos y que

les falta paciencia, mientras que tres (3) sujetos (25%) reafirmaron no ser impulsivos.

Los datos para el grupo control fueron: siete (7) sujetos (58%) dijeron siempre ser impulsivos y que les faltaba la paciencia; tres (3) sujetos (25%) que algunas veces son impulsivos y les falta la paciencia y dos (2) sujetos (17%) que nunca son impulsivos y nunca les falta la paciencia. Para el posttest, ocho (8) sujetos (67%) aceptaron que siempre eran impulsivos y les faltaba la paciencia y cuatro (4) sujetos (33%) que algunas veces eran impulsivos y les faltaba paciencia.

¿Protesto cuando me mandan a hacer algo?

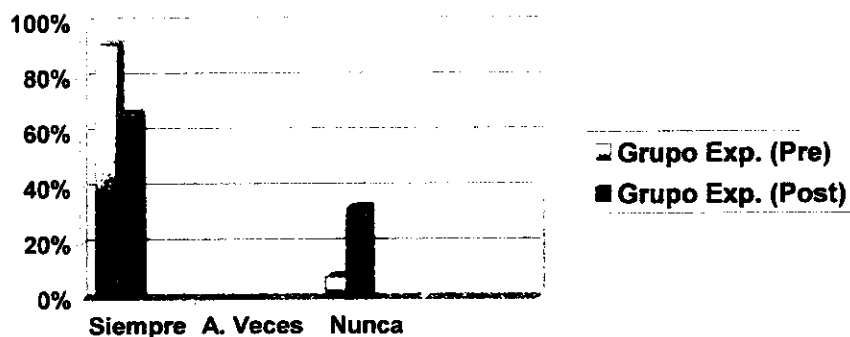
En el grupo experimental a este ítem, once (11) sujetos (92%) dijeron que siempre protestan cuando los mandan a hacer algo y un (1) sujeto (8%) afirmó nunca hacerlo.

Durante la segunda prueba: ocho (8) sujetos (67%) respondieron que siempre protestan cuando lo mandan a hacer algo y cuatro (4) sujetos (33%) que nunca lo hacen. (**Gráfica N° 15**)

El grupo control obtuvo datos muy similares al pretest del grupo experimental: once (11) sujetos (92%) afirmaron que siempre protestaban cuando los mandaban a hacer algo y un (1) sujeto (8%) dijo que nunca protestaba ante dicha situación. Para el segundo examen: 12 sujetos (100%) dijeron que siempre protestaban cuando los mandaban a hacer algo.

Cuadro N° 15
Grupo Experimental

¿Protesto cuando me mandan a hacer algo?



Fuente: Abdel Contreras Z.

¿A veces soy brusco con los demás?

Ocho (8) sujetos (67%) del grupo experimental afirmaron que siempre eran bruscos con las demás personas y cuatro (4) sujetos (33%) dijeron nunca serlo; en el posttest, siete (7) sujetos (58%) respondieron que siempre eran bruscos con los demás, mientras que cinco (5) sujetos (42%) que nunca eran bruscos con los demás.

En el grupo control, diez (10) sujetos (83%) aceptaron que siempre son bruscos con los demás y dos (2) sujetos (17%) que solo algunas veces eran brusco con los demás. Estos datos no variaron en el segundo examen.

¿Me entiendo bien con los de mi edad?

En el pretest del grupo experimental, nueve (9) sujetos (75%) dijeron entenderse bien con los de su edad, mientras que tres (3) sujetos (25%) afirmaron nunca hacerlo; posteriormente en el posttest, diez (10) sujetos (83%) respondieron que se entendían mejor con los de su edad y dos (2) sujetos (17%) negaron esta afirmación.

Por su parte, en el grupo control, diez (10) sujetos (83%) afirmaron que siempre se entendían bien con los de su edad y dos (2) sujetos (17%) que algunas veces se entendían bien con los de su edad. No variaron estos datos para el grupo control en el posttest.

En todo lo anteriormente expuesto, podemos ver claramente algunas de las características esenciales del trastorno negativista desafiante como lo son: un patrón recurrente de comportamientos negativistas, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad (**Criterio A**); discusiones con adultos (**Criterio A2**); desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (**Criterio A3**); llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (**Criterio A4**); resistencia a las órdenes y renuncia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también incluyen la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por sus propios actos.

La hostilidad generalmente se dirige a los adultos, pero sin dejar de lado a los compañeros y se manifiestan molestando deliberadamente a los otros o agrediéndolos verbalmente.

Así como los sujetos del estudio reflejan claramente las múltiples características del trastorno negativista desafiante, de la misma manera podemos observar en el análisis de las respuestas del pretest y posttest los cambios conductuales de los sujetos, que en algunos casos resultan muy significativos.

EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL GRUPO EXPERIMENTAL

	NO HE CAMBIADO NADA	HE CAMBIADO ALGO	HE CAMBIADO BASTANTE	HE CAMBIADO MUCHO	TOTAL
Tengo más amigos en el colegio	1	1	4	6	12
Hablo más con compañeros de clases.	----	3	3	6	12
He hablado con compañeros de clases con los que antes no hablaba.	1	1	6	4	12
Me atrevo a decir mis opiniones aunque no sean compartidas por el resto de mis compañeros.	3	4	2	3	12
Participo más en actividades de grupo.	3	2	3	4	12
Escucho atentamente cuando mis compañeros me están hablando.	1	6	1	4	12
Me veo más positivamente a mí mismo.	----	3	5	4	12
Veo más positivamente a mis compañeros.	1	3	4	4	12
Rechazo menos a los demás.	2	4	4	2	12
Estoy más atento a los demás.	2	3	4	3	12
He aprendido a reflexionar.	----	2	2	8	12
Expreso mis sentimientos de forma adecuada.	1	4	4	3	12

	NO HE CAMBIADO NADA	HE CAMBIADO ALGO	HE CAMBIADO BASTANTE	HE CAMBIADO MUCHO	TOTAL
Tengo más conductas de ayuda hacia los demás.	2	5	4	1	12
Me ofrezco más de voluntario.	3	3	4	2	12
Coopero más con los demás.	1	4	2	5	12
Tengo menos conductas agresivas con mis compañeros.	----	4	3	5	12
Respeto más la opinión de otros compañeros.	1	7	2	2	12
Me siento más respetado y escuchado por mis compañeros de clases.	1	3	4	4	12
Tengo en cuenta otras cosas de las personas aparte de su apariencia física o su imagen externa.	---	3	5	4	12
Reflexiono más sobre las ideas y opiniones que tengo sobre las personas y la realidad.	1	4	4	3	12
He aprendido a debatir sobre problemas o conflictos entre personas.	---	5	4	3	12
Intervengo más activamente y más positivamente con intención de ayudar cuando otros compañeros tienen un problema.	2	3	4	3	12
FRECUENCIA	26	77	78	83	264
PORCENTAJE	10%	29%	30%	31%	100%

ESTADÍSTICOS:**Prueba t para Medias Dependientes - Grupo Experimental**

<u>X1</u>	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>d</u>	<u>d2</u>
1	54	59	5	25
2	52	62	10	100
3	45	56	11	121
4	47	57	10	100
5	49	55	6	36
6	43	55	12	144
7	52	64	12	144
8	47	56	9	81
9	46	56	10	100
10	54	63	9	81
11	47	55	8	64
12	52	57	5	25
$\Sigma = 588$		$\Sigma = 695$	$\Sigma = 107$	$\Sigma = 1021$

n = 12

 \bar{x} preprueba: 49 \bar{x} post-prueba: 57.9166 $\bar{d} = 8.9166$

Error Típico de la Media = 0.71199

$$\mu_1 - \mu_2 = 0$$

$$\mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

H₀ = No existe diferencia entre los puntajes promedios de los sujetos antes y después del entrenamiento en habilidades sociales.

H_a = Existen diferencias entre los puntajes promedios de los sujetos antes y después del entrenamiento en habilidades sociales.

$$Sd^2 = 6.0833$$

$$Sd = 2.4664$$

t necesaria para el nivel 5%, con gl = 11 y prueba de dos colas = ± 2.201

$$t = \frac{\bar{d}}{Sd / \sqrt{n}}$$

$$t = \frac{107/12}{2.4664/\sqrt{12}} = \frac{8.91667}{0.71199} = \boxed{t = 12.5234}$$

t crítica

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Después	Antes
Media	57.9166667	49
Varianza	10,8106061	13,6363636
Observaciones	12	12
Coeficiente de correlación de Pearson	0.75623083	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	12,5234027	
P(T<=t) una cola	3,7459E-08	
Valor crítico de t (una cola)	1.79588481	
P(T<=t) dos colas	7,4918E-08	
Valor crítico de t (dos colas)	2.20098516	

Decisión:

Se acepta la hipótesis alterna, existen diferencias significativas entre los puntajes promedios de los sujetos del grupo experimental antes y después del entrenamiento en habilidades sociales.

La media de los valores anteriores a la intervención fue de 49 y la media de los valores posteriores a la intervención fue de 57.92. Lo más importante, sin embargo, son las diferencias, que también hemos calculado. La media de los registros diferenciales fue de 8.9166.

La suma de los desvíos cuadráticos de las diferencias fue de 1021 y al haber 12 sujetos en el estudio, se trabajará con 11 grados de libertad. Al calcular la varianza poblacional estimada, la misma nos dio 6.0833, mientras que la desviación estandar de la distribución de medias fue 2.4664.

La distribución de medias (de esta población de diferencias) tendrá una media de 0, al igual que la media poblacional y se utilizó una prueba de dos colas porque no existía razón evidente para predecir un aumento o una disminución de los niveles de habilidades sociales. Se utilizó un nivel de significación de 0.05 y 11 grados de libertad y para rechazar la hipótesis nula se necesitaba un punto t de ± 2.201 mayor o menor.

La muestra tenía una media de diferencias de 8.9166 puntos por encima de la media de distribución de medias, que es igual a 0.

Para concluir, la t de 12.5234 de la muestra de diferencias es más extrema que la $t \pm 2.201$ necesaria. Por lo tanto podemos aceptar la hipótesis alterna. El resultado sugiere que la población experimental obtuvo un mejor nivel de habilidades sociales (socialización) después del programa de intervención grupal psicológica para el entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes diagnosticados con trastorno negativista desafiante.

Prueba t para Medias Dependientes - Grupo Control

<u>X2</u>	<u>Antes</u>	<u>Después</u>	<u>d</u>	<u>d2</u>
1	36	39	3	9
2	43	41	-2	4
3	40	42	2	4
4	50	52	2	4
5	47	51	4	16
6	47	47	0	0
7	50	48	-2	4
8	44	40	-4	16
9	37	36	-1	1
10	51	48	-3	9
11	43	44	1	1
12	36	34	-2	4
$\Sigma = 524$		$\Sigma = 522$	$\Sigma = -2$	$\Sigma = 72$

$n = 12$ \bar{x} preprueba: 43.666 \bar{x} post-prueba: 43.5

$\bar{d} = -0.1666$ Error Típico de la Media = 0.7368

$$\mu_1 - \mu_2 = 0$$

$$\mu_1 - \mu_2 \neq 0$$

Ho = No existe diferencia entre los puntajes promedios de los sujetos antes y después de la evaluación del entrenamiento en habilidades sociales.

Ha = Hay diferencias entre los puntajes promedios de los sujetos antes y después de la evaluación del entrenamiento en habilidades sociales.

$$Sd^2 = 6.5151$$

$$Sd = 2.5525$$

t necesaria para el nivel 5%, con gl = 11 y prueba de dos colas = ± 2.201

$$t = \frac{\bar{d}}{Sd / \sqrt{n}}$$

$$t = \frac{-2 / 12}{2.5525 / \sqrt{12}} = \frac{-0.1667}{0.7368} =$$

$$t = -0.2262$$

t crítica

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Después	Antes
Media	43.5	43.6666667
Varianza	33.5454545	30.2424242
Observaciones	12	12
Coeficiente de correlación de Pearson	0.89906839	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	- 0.22619193	
P(T< =t) una cola	0.4126001	
Valor crítico de t (una cola)	1.79588481	
P(T<=t) dos colas	0.8252002	
Valor crítico de t (dos colas)	2.20098516	

Decisión: Se acepta la hipótesis nula. No existe diferencia entre los puntajes promedios de los sujetos del grupo control antes y después de la evaluación del entrenamiento en habilidades sociales .

La media de los valores anteriores a la intervención fue de 43.67 y la media de los valores posteriores a la intervención fue de 43.5. Lo más importante, sin embargo, son las diferencias, que también hemos calculado. La media de los registros diferenciales fue de 0.1666.

La suma de los desvíos cuadráticos de las diferencias fue de 72 y al haber 12 sujetos en el estudio, se trabajará con 11 grados de libertad. Al calcular la varianza poblacional estimada, la misma nos dio 6.5151, mientras que la desviación estandar de la distribución de medias fue 2.5524.

La distribución de medias (de esta población de diferencias) tendrá una media de 0, al igual que la media poblacional y se utilizó una prueba de dos colas porque no existía razón evidente para predecir un aumento o una disminución de los niveles de habilidades sociales. Se utilizó un nivel de significación de 0.05 y 11 grados de libertad y para rechazar la hipótesis nula se necesitaba un punto t de ± 2.201 mayor o menor.

La muestra tenía una media de diferencias de 0.1666 puntos por encima de la media de distribución de medias, que es igual a 0.

Para concluir, la t de 0.2261 de la muestra de diferencias es menos extrema que la $t \pm 2.201$ necesaria. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula. El resultado sugiere que no existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes del grupo control antes y después de la evaluación.

Post-Prueba – Control Vs Experimental

Sujeto	Grupo Control	Grupo Experimental	d	d ²
1	39	59	20	400
2	41	62	21	441
3	42	56	14	196
4	52	57	5	25
5	51	55	4	16
6	47	55	8	64
7	48	64	16	256
8	40	56	16	256
9	36	56	20	400
10	48	63	15	225
11	44	55	11	121
12	34	57	23	529
	$\Sigma = 522$	$\Sigma = 695$	$\Sigma = 173$	$\Sigma = 2929$

n = 12

n = 12

 \bar{x} Grupo Control : 43.5 \bar{x} Grupo Experimental: 57.9166 $\bar{d} = 14.4166$

Error Típico de la Media = 1.8152

$$\mu_1 \leq \mu_2$$

$$\mu_1 > \mu_2$$

H₀ = El grupo al que se le aplicó el tratamiento (grupo experimental) tendrá menor o igual puntuaciones que el grupo sin tratamiento (grupo control).

H_a = El grupo al que se le aplicó el tratamiento (grupo experimental) tendrá puntuaciones superiores a los obtenidos por el grupo sin tratamiento (grupo control).

$$Sd^2 = 39.5378$$

$$Sd = 6.2879$$

t necesaria para el nivel 5%, con gl = 11 y prueba de dos colas = ± 2.201

$$t = \frac{\bar{d}}{Sd / \sqrt{n}}$$

$$t = \frac{14.41667}{6.2079 / \sqrt{12}} = \frac{14.41667}{0.7368} = t = 7.942345$$

t crítica

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Experimental	Control
Media	57.91666667	43.5
Varianza	10.8106	33.5454
Observaciones	12	12
Coeficiente de correlación de Pearson	0.126506059	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	11	
Estadístico t	7.9423459	
P(T<=t) una cola	3.49839E-06	
Valor crítico de t (una cola)	1.79588481	
P(T<=t) dos colas	6.99679E-06	
Valor crítico de t (dos colas)	2.200985159	

Decisión:

Se acepta al hipótesis alterna, el grupo que recibió el tratamiento (grupo experimental) obtuvo puntuaciones significativas en comparación al grupo sin tratamiento (grupo control), lo que evidencia la efectividad del Programa para el Entrenamiento en Habilidades Sociales.

La media de los valores después de la intervención en el grupo control fue de 43.5 y la media de los valores en el grupo experimental posterior a la intervención fue de 57.9166. Lo más importante, sin embargo, son las diferencias, que también hemos calculado. La media de los registros diferenciales fue de 14.4166.

La suma de los desvíos cuadráticos de las diferencias para ambos grupos (control Vs experimental) fue de 2929 y al haber 12 sujetos en el estudio, se trabajará con 11 grados de libertad. Al calcular la varianza poblacional estimada, la misma nos dio 39.5378, mientras que la desviación estandar de la distribución de medias fue 6.2879.

La distribución de medias (de esta población de diferencias) tendrá una media de 0, al igual que la media poblacional y se utilizó una prueba de dos colas porque no existía razón evidente para predecir un aumento o una disminución de los niveles de habilidades sociales. Se utilizó un nivel de significación de 0.05 y 11 grados de libertad y para rechazar la hipótesis nula se necesitaba un punto t de ± 2.201 mayor o menor.

La muestra tenía una media de diferencias de 14.4166 puntos por encima de la media de distribución de medias, que es igual a 0.

Para concluir, la t de 7.9423 de la muestra de diferencias es más extrema que la $t \pm 2.201$ necesaria. Por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. El resultado sugiere que existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes del grupo experimental antes y después de la intervención, lo que evidencia la efectividad del programa en entrenamiento en habilidades sociales.

Conclusiones

CONCLUSIONES

1. El Entrenamiento en Habilidades Sociales es una técnica de terapia en que los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento, retroalimentación y tareas para casa, suelen ir acompañadas por numerosos procedimientos cognitivos como: autoinstrucciones, modificación directa de pensamiento, solución de problemas, etc.
2. El Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales les dio a los adolescentes un repertorio amplio de habilidades instrumentales, cognitivas y de control mental, con el que pudieron mejorar la calidad de sus relaciones sociales.
3. La información generada en esta investigación podrá ayudar al personal docente de nuestra institución a determinar a qué grupos de estudiantes se debe atender, sus características y cómo se desarrollan los problemas sociales y académicos vinculados a los repertorios sociales disfuncionales.
4. El grupo experimental aumentó la frecuencia de roles positivos como "organizar y conciliar" y disminuyó la frecuencia de posturas y roles negativos, especialmente el rol de "agresor".
5. Un alto porcentaje de los padres de familia con hijos diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante no cuentan con los recursos necesarios para hacerle frente eficazmente y en la medida que comienzan a tomar conciencia de ello, suelen experimentar dificultades personales secundarias como culpa, estrés, frustración y conflictos de pareja.

6. Los resultados de nuestro estudio demostraron que el Programa aplicado mejoró el rendimiento y aumentó la frecuencia de determinadas conductas verbales y sociales que se dan en la interacción grupal, como "dar, ayudar, solicitar ayuda, dar explicaciones, recibir respuestas, preguntar , etc.
7. Estas conductas verbales y conductuales no implican necesariamente, que todo el grupo experimental rindiera más y que todos obtuvieran mejores resultados académicos. Sin embargo, garantizan la eficacia del proceso de aprendizaje cooperativo y aumentan considerablemente, la posibilidad de que a mayor eficacia mayor rendimiento.
8. El Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales es una efectiva técnica terapéutica para prevenir la violencia e intervenir en jóvenes con riesgo de comportamientos agresivos.
9. La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente y adapten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse.
10. La Terapia Racional Emotiva Cognitiva corresponde a un modelo educativo en donde antes que "cura" de patologías se piensa en un aprendizaje o reaprendizaje más apropiado o útil para lograr conductas más eficaces para el logro de objetivos de la persona o paciente.
11. En nuestro país se necesitan más herramientas prácticas para mejorar las dificultades que el Trastorno Negativista Desafiante impone a niños, adolescentes y a sus familiares. En este sentido, un modelo Cognitivo Conductual que tenga en cuenta la psicopatología del problema y que enfatice la influencia recíproca de la interacción padres-hijo (a) parece ser un modelo efectivo.

12. Sería de vital importancia entrenar previamente a los profesores en habilidades sociales o bien en dinámicas de grupo, para garantizar la eficacia de los procesos y el rendimiento en las situaciones de aprendizaje cooperativo, como también para evitar el desencanto de alumnos y profesores originado por el fracaso de las primeras experiencias de aprendizaje cooperativo.
13. La habilidad social no es meramente la suma de características cognitivas o conductuales individuales, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes.
14. La literatura sobre las Terapias Cognitivas en las bibliotecas de nuestros centros de estudios o en las librerías son escasas o inexistentes, de igual manera no se encontró ningún estudio nacional sobre el Trastorno Negativista Desafiante.
15. Entre los beneficios que todo profesor (a) obtendría al aplicar este programa estarían: a) Podría enfrentar con más recursos los problemas de conductas en el aula; b) Mejoraría el clima social del aula y sobre todo, c) Dispondría de un material altamente estructurado y flexible en su aplicación, que le permitirá desarrollar con un mínimo esfuerzo la formación integral de sus alumnos.
16. Aproximadamente el 90% de los sujetos que participaron del estudio pertenecían a hogares desintegrados, donde la figura de la madre o del padre era reemplazada por la del padrastro o madrastra, en donde sólo uno de los dos tenía estudios secundarios completos; de un nivel socioeconómico de clase media-baja o baja, con serios problemas de disfunción familiar, deficiencias en la alimentación diaria, entre otros.
17. Durante las diversas sesiones, los participantes del estudio pudieron exteriorizar su disconformidad en cuanto a la relación Padre-hijo / Madre-hijo y la carencia en la demostración de afecto familiar.

Recomendaciones

Recomendaciones

1. El desarrollo del programa de entrenamiento se debe realizar de acuerdo con la planificación establecida, pero con la suficiente flexibilidad como para introducir cualquier cambio que la propia práctica sugiera.
2. Se deben realizar las evaluaciones según lo programado y una evaluación integral del programa en cuestión que implique el grado en que se lograron los objetivos del mismo.
3. Extender el programa a otros grupos, no solo dentro de la misma comunidad, sino a otras instituciones donde sea necesario realizar labores de prevención.
4. Es importante, especialmente tratándose de adolescentes agresivos, que cuando se realice una intervención, se tenga como objetivo también a los padres.
5. Cuando un profesor o padre esté muy preocupado sobre un comportamiento continuo poco apropiado, se debe concertar una evaluación completa hecha por un profesional calificado de salud mental para determinar si se necesita un tratamiento más intensivo, como por ejemplo una terapia.
6. Cuando más temprano se puedan identificar a los niños y adolescentes que necesiten intervención psicológica, los resultados del tratamiento serán mejores.

7. Debe dársele continuidad a este estudio, de ser posible por un grupo multidisciplinario, para lograr el ajuste que se crea necesario en el programa.
8. Los educadores deben recibir una formación sobre las pautas de actuación correctas con los adolescentes diagnosticados con trastorno negativista desafiante y precisar el efecto que sus propias conductas pueden generar en los alumnos.
9. A los participantes de estudio similares se les debe informar sobre el contenido de la intervención y de los objetivos finales, precisando, no obstante, los logros que se deseen obtener a corto plazo. Con esto se trata de incrementar la motivación e implicación de los sujetos.
10. A los padres se les debe formar y entrenar en principios de aprendizaje para que éstos aprendan habilidades y pautas de conducta encaminadas a regular y alterar eficazmente los comportamientos anómalos de sus hijos.

Bibliografia

BIBLIOGRAFÍA

ABIKOFF, H.; KLEIN, R. (1992). Attention Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and Implications for Treatment. J. Consult Clinic Psychology.

ALONSO, A.; SWILLER, H. (1995). Psicoterapia de Grupo en la Práctica Clínica. Iª Edición en español. Editora El Manual Moderno. S.A. de C.V. México. D.F. Páginas: 47-88.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Editorial Masson., S.A. 2003. Páginas 115-118.

ARON, ARTHUR Y ARON, ELAINE N.: Estadística para Psicología. III Edición. Editora Pearson de México., S. A. de C. V. 2001. 704 Páginas.

ABIKOFF, H.; KLEIN, R. G. (1992): Attention Deficit Hyperactivity and Disorder: Comorbidity and Implications for Treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 60: 881-892.

BANDURA, A. (1976). Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad . 4º Edición. Madrid. Editorial Alianza.

BARKLEY, R. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Altandbook for Diagnosis and Treatment. New York: Guilford Press.

BEDDEL, J. R.; LENNOX, S. S. (1994). The standardized assessment of cognitive and behavioral components of social skills. In J. R. Beddell (Ed.), Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders (pp. 58-73) London: Taylor and Francis.

BELLACK, A. S., MUESER, K. T., GINGERICH, S., & AGRESTA, J. (1997). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York: Guilford Press.

BELLACK, L. (2000). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. II Edición. Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V. México. Páginas: 150-198.

BELLOCH, A; SANDÍN, B.; Y RAMOS, F.: *Manual de Psicopatología*. Volumen I. Editorial McGraw-Hill. Madrid, España. 2004. 613 Páginas.

BENTON, M. K., & SCHROEDER, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741-747.

CABALLO, V. (1986). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández- Ballesteros y J. A. Carboles (Comps.): *Metodología y Aplicaciones* (3ª Edición). Madrid: Pirámide.

CABALLO, V. (1993). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* I. España: Siglo XXI.

CORRIGAN, P. W. (1991). Social skills training in adult psychiatric populations: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 203-210.

ECHEITA, G. (1995). El Aprendizaje Cooperativo. Un Análisis Psicosocial de sus ventajas respecto a otras estructuras de aprendizajes. En P. Fernández y A. Melero (comps). *La Interacción Social en Contextos Educativos*. Madrid: Siglo XXI.

FABRA, M. L. (1992). El Trabajo Cooperativo Revisión y Perspectivas. *Aula de Innovación Educativa*, 9, 5-12.

FIRST, MICHAEL; FRANCES, A.; y PINCUS, H.: DSM-IV Manual de Diagnóstico Diferencial. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España. 2003. 272 Páginas.

GUTIERREZ-MORENO Y BECOÑA. (1989): Revista Española de Terapia del Comportamiento: Tratamiento de la Hiperactividad. Número 3, Página: 257-272.

HEINSEN, R., LIBERMAN, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from laboratory. Schizophrenia Bulletin, 26, 21-46.

HUBER, CH.; BARUTH, H. (1991). Terapia Familiar Racional Emotiva. Barcelona: Herder, Editorial. S.A.

JONSON, D.W., JOHNSON, R., STANNE, M. Y GARIBALDI, A. (1990). Impact of Group Processing on Achievement in Cooperative Groups. The Journal of Psychology, 130,507-516.

KAZDIN, ALAN E. : Métodos de Investigación en Psicología Clínica. III Edición. Pearson Educación de México., S. A. de C.V. 2001. 524 Páginas.

KENDALL, P. (1993). Cognitive - Behavioral Therapy For Impulsive Children. 2ª Ed. New York: Guilford Press.

KENDALL, P.C. (1994): treating Anxiety Disorders in Children: Results of a Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (1): 100-110.

KENDALL, P.C. (1997). Therapy for Youths with Anxiety Disorders: A second Randomized Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (3): 366-380.

KOPELOWICZ, A., LIBERMAN, R. P., MINTZ, J., & ZARATE, R. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and no deficit negative symptoms in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 154, 424-425.

LABRADOR, F. (1997). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Editorial Pirámide. Madrid, España. 912 Páginas.

LARSON, J., Y LOCHMAN, J. E. (2002). Helping School Children Cope With Anger: Behavioral Intervention. New York: Guilford I.S.B.N.: 1572307285.

LÁZARUS, A.; DAVIS, M.; FANNING, P. (1984): Terapia Multimodal. México., IPPEM.

LIBERMAN, R.P., MUESER, K. T., WALLACE, Y COL. (1986). Training skill in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin, 12, 631'647.

LIBERMAN, R. P.: DERISSI, W. J., Y MUESER, K. T. (1989). Social Skill Training for Psychiatric Patients. New York: Pergamon Press.

LIBERMAN, R. P., & CORRIGAN, P. W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 56, 238-249.

LIBERMAN, R. P. AND CORRIGAN, P.W. (1993). Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 56, 238-249

MCKAY, M. (1985). Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. Barcelona: Martínez Roca., 240 Páginas.

MARTÍN, G. Y PEAR, J. (1999). Modificación de Conducta: Qué es y cómo se Aplica. Primera Edición. Editorial Prentice-Hall. Madrid, España. 504 Páginas.

MASTEN A., COASTSWORTH J.D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments. American Psychologist. 205-220.

MONSALVE, D. V. (1997). Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la Cuestión y Procesos Terapéuticos. 1ª Edición. Editorial Paidós. Barcelona. 466 Páginas.

MORALES, JOSÉ. Ideas para Andar y Convivir con los Jóvenes. Editorial Chen., S.A. Panamá, República de Panamá. 2000. 305 Páginas.

MORENO, G. (1996): Aplicación Combinada de Técnicas Conductuales-Cognitivas y Psicofármacos como Alternativas Terapéuticas en el Ámbito Infantil: El Ejemplo de la Hiperactividad. Anales de Psiquiatría. Tomo 12, 209-219.

MUESER, K. T.; SAYER, M. S. D. (1992). Social skill assessment. In D. J. Kayanagh (Ed.), Schizophrenia: An overview and practical handbook (pp. 182-205). London: Chapman and Hall.

NELSON, W.; ISRAEL, R. (1997). Psicopatología del Niño y del Adolescente. Tercera Edición. Cap. 1 (Introducción). Madrid: Prentice Hall. 494 Páginas.

OBST CAMERINI, JULIO. Introducción a la Terapia Cognitiva: Teoría, Aplicaciones y Nuevos Desarrollos. I Edición. C.A.T.R.EC. Buenos Aires, Argentina. 2004. 203 Páginas.

ORVIZ, S.; FERNÁNDEZ, J. A. (1997). Entrenamiento en Habilidades Sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En: A. Rodríguez. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. (pp. 229-248). Madrid: Pirámide.

PALLARÉS, M. (1993). Técnicas de Grupo para Educadores. Madrid. Publicaciones ICCE.

PICK, S.; AGUILAR, J., Y Col. Planeando tu Vida. 7ª Edición. Editorial Planeta. México., D.F. 1999. 413 Páginas.

PINCUS, H.; WISE, T.; FIRS, M. DSM-IV Atención Primaria. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España. 1997. Páginas 199-200.

PRIETO, M.; ILLÁN, N.; ARNAIZ, P. (1995). Programa para el Desarrollo de Habilidades Sociales. (Cap. 18). En: Molina S.: Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Alcoy: Marfil. Páginas: 425-442. A

REYNOSO, E. L.; SELIGSON, N. (2005). Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual. Editorial El Manual Moderno. S.A. de C.V. México, D.F. 210 Páginas.

ROBLES, MARIELA. (2002). Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Desarrollo Personal y Social en Adolescentes. Tesis. Universidad de Panamá. Panamá, Rep. de Panamá. 200 Págs.

SAFER, O.; ALLEN, R. (1976). Niños Hiperactivos: Diagnóstico y Tratamiento. Madrid. Editorial Santillana.

SAFRAN, J. Y SEGAL, Z. (1994). El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva. Editora Paidós. Barcelona, España.

SARASON, IRWIN G.; SARASON, BARBARA R. (1981). Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Humana. 7ª Edición. Editorial Prentice Hall. México, D.F. Págs. 24-483-521.

SIMÓN, MIGUEL A. Psicología de la Salud: Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención. Ediciones Pirámide., S. A. 1993. Madrid, España. 267 Páginas.

SLAVIN, R.E. (1983). When does cooperative learning increased student achievement? Psychological Bulletin, 94, 429-445.

SMITH, T. E., HULLS, J. H., MACKAIN, S. J., y Col. (1996). Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. Psychiatric Services, 47, 1099-1103.

VILLEGAS, OCTAVIO. Enciclopedia Práctica del Docente. Editorial Cultural, S.A. Madrid, España. 2002. 312 Páginas.

FUENTES ELECTRÓNICAS:

ABREU, M.; DEL RÍO, S. (2006). Adolescentes por la Vida: en la Prevención del Consumo de Drogas. Revista Trimestral N° 2 del mes de Junio. ISSN 1027-2127. Obtenido el día 25 de Marzo de 2009, desde <http://www.ciencias.holguin.cu/2006/junio/articulos/ART18.htm>

ARANGO, J. C., Y JIMÉNEZ, MERCEDES B. (2004). Tratamiento de la Fobia en niños y Adolescentes. Obtenido el día 28 de Noviembre de 2006, desde http://www.ceril.cl/p32_fobia_social

LOCHMAN, J. E.; BARRY, T. D. (2004). La Agresión en los niños pequeños: Estrategias para Padres y Educadores. Obtenida el 15 de Mayo de 2008, desde www.comportamental.com

BOLUARTE, A.; MENDEZ, J.; MARTELL, R. (n.f.). Influencia de un Programa en Habilidades Sociales en las Habilidades de Comunicación e Integración Social de Jóvenes con Retraso Mental Leve y Moderado. Obtenido el día 28 de Noviembre de 2006, desde <http://www.sisbid.unmsm.edu.pe>

CARBONELL C., E. (2007). Orígenes del T.D.A.H.: 1ª Descripción del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad sin, y combinado según distintos Autores. Obtenido el día 2 de Marzo de 2009, desde <http://www.iatreia.udes.com>

DEL BARCO, LEÓN. (2006). Elementos mediadores de la eficacia del aprendizaje cooperativo: Entrenamiento previo en habilidades sociales y dinámica de grupos. Anales de Psicología, 22 (1), 105-112. Obtenido el día 28 de Noviembre de 2006, desde <http://www.infocop.es>

EDITORIAL GRUPO ALBOR-COHS. (2004). Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales para Alumnos de 1º de E.S.O. Revista N° 5 de Enero de 2004. SIN: 1696-7208.

GUTIERREZ, J.; LERMA M., A.; y VÁSQUEZ, C. (2007). Socialización en Niños de 11- 12 Años en Escuela Tradicional y Montessori. Universidad Iberoamericana. Revista Electrónica de Pedagogía. Publicación Semestral. SIN 1870- 1477. www.odiseo.com.mx

GINER, LLENAS M. (2008). El Déficit de Atención y la Televisión. Obtenido el 15 de Mayo de 2008 desde www.psicopedagogias.com.

GIUSTI, ELEONORA. (2005). Conducta Disruptiva, TDA/ H y Manejo Parental. Artículo 13. Universidad de Palermo, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires, Argentina. Obtenido el día 12 de Julio de 2007 desde www.depsicoterapias.com

GREENE, ROSS. Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asoc. A.C. (1999): Los Profesores Flexibles se Relacionan mejor con los Estudiantes. Obtenido el 8 de Octubre de 2008, desde [ht/www.deficitdeatencion.org](http://www.deficitdeatencion.org)

LARIOS O., VICTOR. (2004). El Uso del Formato de la Asociación Psicológica Americana (APA). (Neyhart, D.; Karper, E., Traduc.). Washington, E.U. (El trabajo original se publicó en 2002). 14 Páginas.

LEÓN DEL BARCO, BENITO. (2006): Elementos Mediadores en la Eficacia del Aprendizaje Cooperativo: Entrenamiento Previo en Habilidades Sociales y Dinámicas de Grupo. Obtenido el día 12 de Marzo de 2007, desde <http://www.paidopsiquiatria.com>

MAGAZ, A.; GANDARIAS, A. (s.f.). Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes. Editorial Grupo Albor-Cohs. Artículo 1731. ISBN: 9788495180759.

RUIZ S., JUAN J.; CANO S.; y JUSTO J. (n.f.). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Manual 21. Obtenido el 4 de Agosto de 2008 desde www.psicología-online.com

RUIZ S., JUAN.; CANO S., JUSTO. (1994). Principales Modelos Actuales en Psicoterapia. Obtenido el 16 de Agosto de 2008 desde www.psicología-online.com

SERVERA M., BORNAS X. & MORENO, I. (2001): Hiperactividad Infantil: Conceptualización, Evaluación y Tratamiento. Obtenido el 22 de Marzo de 2008, desde <http://www.paidopsiquiatria.com>

SKINS, JUST. (2007). Modelos Cognitivos. Obtenido el 16 de Marzo de 2009, desde www.online-psicologia.blogspot.com

ZALDIVAR P., DIONISIO. (2007). Competencia Social, Habilidades Sociales. Programas de Entrenamiento. En: Martínez C., Costales (2009). Obtenido el 26 de Marzo de 2009, desde <http://www.sid.cut/saludvida/psicología/temas.php>

Anexo

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN FORMA A

Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Curso: _____

Instrucciones: En este cuestionario no existen preguntas correctas o incorrectas, no es un examen. Tan sólo queremos conocer tu opinión. Te pedimos por ello que leas las preguntas detenidamente antes de contestar. A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas con detenimiento y señala con una aspa (X) la respuesta que tú creas más apropiada. 1. Significa que sucede SIEMPRE; 2. Significa que sucede ALGUNAS VECES; 3. Significa que NUNCA sucede.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Es difícil para mí mantener los amigos.			
2. Me pongo nervioso cuando me llama algún profesor.			
3. Digo la verdad aunque me perjudique.			
4. Tengo buenas ideas.			
5. Mi familia me considera alguien importante.			
6. Cuando me porto mal en clases, me siento disgustado.			
7. Me desanimo cuando algo me sale mal.			
8. Hago bien los trabajos escolares.			
9. Me avergüenzo de muchas cosas que hago.			
10. Puedo dibujar bien.			
11. Soy lento en terminar los trabajos escolares.			
12. Soy nervioso.			
13. Me pongo nervioso cuando hablo en público.			
14. Hago cosas a mano muy bien.			
15. Me preocupo mucho por todo.			
16. Me gusta mi forma de ser.			
17. Con frecuencia soy voluntario en la escuela.			
18. Duermo bien por la noche.			
19. Detesto la escuela.			

	Siempre	Algunas veces	Nunca
20. Mis profesores me consideran inteligente y trabajador.			
21. Tengo muchos amigos.			
22. Soy un chico alegre.			
23. Soy torpe en muchas cosas.			
24. Me gustan las peleas y las riñas.			
25. La gente me tiene manía.			
26. Mi familia está decepcionada de mí.			
27. Soy criticado en casa.			
28. Olvido pronto lo que aprendo.			
29. Consigo fácilmente amigos.			
30. Pierdo mi paciencia fácilmente.			
31. Trabajo mucho en clases.			
32. Juego con mis compañeros.			
33. Tengo miedo de algunas cosas.			
34. Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo.			
35. Soy violento con mis amigos y familiares.			
36. Soy honrado con los demás y conmigo mismo.			

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN

Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Curso: _____

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de frases. Después de cada una de ellas están las palabras **SÍ** y **NO**. Lee cada frase atentamente y pon una cruz bajo la palabra **SÍ** en caso de que la frase corresponda a tu manera de ser o actuar. Si la frase no corresponde a tu manera de ser o actuar, pon una cruz bajo la palabra **NO**. No hay respuestas buenas ni malas; todas sirven. Trabaja rápidamente. No te entretengas demasiado en una pregunta.

	SI	NO
1. Me dan miedo y me aparto de cosas que no dan miedo a los demás.		
2. Me gusta organizar nuevas actividades.		
3. Cuando estoy con una persona mayor y hablo con ella, lo hago con respeto.		
4. Insulto a la gente.		
5. Suelo ser simpático con los demás.		
6. Me gusta dirigir actividades de grupo.		
7. Todas las personas me caen bien.		
8. Evito a los demás.		
9. Suelo estar solo.		
10. Los demás me imitan en muchos aspectos.		
11. Ayudo a los demás cuando tienen problemas.		
12. Me preocupo cuando alguien tiene problemas.		
13. Soy terco; hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás, voy a lo mío.		
14. Animo a los demás para que solucionen sus problemas.		
15. Llego puntual a los sitios.		
16. Entro en los sitios sin saludar.		
17. Hablo a favor de los demás cuando veo que tienen problemas.		
18. Me cuesta hablar. Incluso cuando me preguntan algo, me cuesta responder.		
19. Lloro con facilidad.		
20. Organizo grupos para trabajar.		
21. Cuando hay problemas, me eligen como árbitro o juez.		
22. Dejo a los demás trabajar o entretenerse sin molestarlos.		
23. Contribuyo para que el trabajo sea más interesante y variado.		
24. Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban.		
25. Soy alegre.		

	SI	NO
26. Tomo la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo.		
27. Me preocupo para que nadie sea dejado de lado.		
28. Me siento aletargado, sin energía.		
29. Me eligen como jefe en las actividades de grupo.		
30. Me gusta hablar con los demás.		
31. Juego más con los otros que solo.		
32. Me gusta todo tipo de comida.		
33. Tengo facilidad de palabra.		
34. Soy violento y golpeo a los demás.		
35. Me tienen que obligar para integrarme en un grupo.		
36. Cuando quiero hablar, pido la palabra y espero mi turno.		
37. Me gusta estar con los demás, me siento bien entre ellos.		
38. Soy vergonzoso.		
39. Soy miedoso ante cosas o situaciones nuevas.		
40. Grito y chilló con facilidad.		
41. Hago inmediatamente lo que me piden.		
42. Cuando se trata de realizar actividades de grupo, me retraigo.		
43. Soy tímido.		
44. Soy malhablado.		
45. Sugiero nuevas ideas.		
46. Cuando corrijo a alguien, lo hago con delicadeza.		
47. Me entiendo bien con los de mi edad.		
48. Paso apuros cuando estoy con personas del otro sexo.		
49. Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas.		
50. Espero mi turno sin ponerme nervioso.		
51. Defiendo a otros cuando se les ataca o critica.		
52. Intento estar en lugares apartados, pocos visibles o concurridos.		
53. Hablo y discuto serenamente, sin alterarme.		
54. Me asusto con facilidad cuando no sé hacer algo.		
55. Cuando me llaman la atención, me desconcierto y no sé que hacer		
56. Desafío a los mayores cuando me llaman seriamente la atención.		
57. Cuando tengo que hacer algo, lo hago con miedo.		
58. Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas.		
59. Sé escuchar a los demás.		
60. Soy amable con los demás cuando veo que tienen problemas.		
61. Soy considerado con los demás.		
62. Me pongo nervioso cuando tengo que decir algo delante de la gente.		
63. Suelo estar apartado, sin hablar con nadie.		
64. Soy impulsivo, me falta paciencia para esperar.		
65. Protesto cuando me mandan a hacer algo.		

	SI	NO
66. Cuando alguien es rechazado por el grupo, me acerco e intento ayudarlo.		
67. Recojo los papeles que otros tiran al suelo.		
68. Me intereso por lo que les ocurre a los demás.		
69. Permanezco sentado, sin enterarme de nada, durante mucho tiempo.		
70. Hago nuevas amistades con facilidad.		
71. Soy popular entre los demás.		
72. Me aparto cuando hay muchas personas juntas.		
73. Acepto sin protestar las decisiones de la mayoría.		
74. Reparto todas mis cosas con los demás.		
75. A veces soy brusco con los demás.		

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PARA LOS ADOLESCENTES

Nombre: _____ Apellido: _____

Edad: _____ Curso: _____

Valora en qué medida has cambiado (nada, algo, bastante o mucho) después de haber realizado estas actividades de cooperación y debate.

	No he cambiado nada	He cambiado algo	He cambiado bastante	He cambiado mucho
Tengo más amigos en el colegio.				
Hablo más con compañeros de clases.				
He hablado con compañeros de clases con los que antes no hablaba.				
Me atrevo a decir mis opiniones aunque no sean compartidas por el resto de mis compañeros.				
Participo más en actividades de grupo.				
Escucho atentamente cuando mis compañeros me están hablando.				
Me veo más positivamente a mí mismo.				
Veo más positivamente a mis compañeros.				
Rechazo menos a los demás.				
Estoy más atento a los sentimientos de los demás.				
He aprendido a reflexionar sobre las causas o situaciones que crean sentimientos (tristeza, rabia, miedo, envidia, etc.)				
Expreso más mis sentimientos en clases.				

	No he cambiado nada	He cambiado algo	He cambiado bastante	He cambiado mucho
Tengo más conductas de ayuda hacia los demás.				
Me ofrezco más como voluntario para tareas de responsabilidad del grupo (por ejemplo, hacer de secretario u otras tareas que necesite el grupo....)				
Coopero más con los demás.				
Tengo menos conductas agresivas con mis compañeros.				
He conocido otras formas diferentes de pensar y otros puntos de vista diferentes al mío en el transcurso de los debates.				
Respeto más las opiniones de otros compañeros.				
Me siento más respetado y escuchado por mis compañeros de clases.				
Tengo en cuenta otras cosas de las personas aparte de su apariencia física o su imagen externa.				
Reflexiono más sobre las ideas y opiniones que tengo sobre las personas y sobre la realidad que me rodea en general.				
He aprendido a debatir sobre problemas o conflictos que se dan entre seres humanos.				
Intervengo más activamente y más positivamente con intención de ayudar cuando otros compañeros de clase tienen un problema o conflicto.				

Programa de Sesiones

Resumen General del Programa de Ejercicios Estructurados para el Entrenamiento en Habilidades Sociales

Las sesiones que componen el Programa Grupal de Intervención Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales para Adolescentes diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante serán programadas en una sesión semanal de dos (2) horas aproximadamente por 15 semanas (3 meses). Se comenzará con las habilidades básicas hasta llegar a las habilidades más complejas en las últimas sesiones. En las mismas se utilizará la **Terapia Racional Emotiva de Ellis** y otras técnicas de apoyo.

Es importante señalar que este programa podrá variar posteriormente, ya que se tiene que tomar en cuenta las necesidades y características de los miembros que componen el grupo de entrenamiento.

PRIMERA SESIÓN:

Promover la implicación y motivación de los estudiantes hacia el programa:

Objetivos:

- Presentación.
- Dinámica grupal.
- Informar a los participantes del contenido de la intervención y de los objetivos finales, precisando, no obstante, los logros que se pretenden obtener a corto y largo plazo. Se tratará de incrementar la motivación e

implicación del participante explicándole, entre otras cuestiones, que las dificultades de aprendizaje no se deben a su incompetencia, sino al desconocimiento de habilidades y estrategias adecuadas. Subrayando así mismo, las ventajas derivadas del control de la conducta e inhibición de los comportamientos alterados y su repercusión en la mejora de las relaciones familiares y sociales.

En suma, se pretende en esta primera ocasión, asegurar el interés del joven durante la aplicación del programa, factor indispensable, para garantizar el éxito del entrenamiento cognitivo en autoinstrucciones y solución de problemas.

- Debate sobre los beneficios y ventajas a largo plazo del programa.
- Visualización de ejemplos similares de los comportamientos que se pretenden instaurar.
- Aplicación de Batería de Socialización a los participantes.

SEGUNDA SESIÓN:

Equilibrio del Autoconcepto.

Objetivo: Identificar la importancia de autoaceptarse.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Ejemplo de refutación. Se describe a los participantes de la creencia irracional número 1, según el esquema seguido por Ellis y Harper. Este esquema se resume básicamente en los siguientes apartados:

1. ¿Qué idea irracional quiero refutar?; 2. ¿Puedo racionalmente apoyar esta creencia?; 3. ¿Qué evidencias existen de la falsedad de esta creencia?; 4. ¿Existe alguna evidencia sobre la verdad de esta creencia? 5. ¿Qué cosas son las peores que podrían sucederme realmente si no consigo lo que pienso que tengo que conseguir (o si consigo lo que pienso que no tengo que conseguir?; 6. ¿Qué cosas buenas podrían pasar si no tengo lo que pienso que tengo que conseguir (o si consigo lo que pienso que no tengo que conseguir?).

Ejercicio 3: Descripción de las ideas irracionales y sus consecuencias. Se exponen las ideas irracionales 1 y 2 de Ellis, junto con sus consecuencias sobre la conducta asertiva, así como las alternativas racionales.

Ejercicio 4: Desarrollar patrones de pensamientos asertivos.

Ejercicio 5: La determinación de la ansiedad en la situación. Se les entrega una hoja con la descripción de posibles señales de expresión de ansiedad o nerviosismo. La repasan durante 10 minutos y se les instruye para que utilicen la escala de unidades subjetivas de ansiedad.

Ejercicio 6: Terminación de la sesión. Cada participante termina la sesión con la frase: "Hoy me di cuenta de".

Posibles tareas para casa: Hoja de autorregistro; fijarse en los momentos que se siente mal y darse cuenta de los pensamientos irracionales o negativos que pasan por su cabeza; práctica de la detención de los pensamientos.

TERCERA SESIÓN:

Detectar y Refutar los Pensamientos Negativos.

Objetivo: Identificar aquellas creencias irracionales que provocan emociones y conductas perturbadoras.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Imaginación racional-emotiva. Imaginarse una experiencia muy desagradable, con los ojos cerrados. Examinar los pensamientos negativos que han pasado por su cabeza y refutarlos. Una vez modificados esos pensamientos, fijarse en cómo se sienten ahora.

Ejercicio 3: Exposición de ideas irracionales. Se expone a los miembros las ideas irracionales 3 y 4 de Ellis y su influencia sobre la conducta asertiva.

Ejercicio 4: Pensando correctamente: Desafiando a las creencias no funcionales. Se dan algunos ejemplos de situaciones asertivas y se les pide a los participantes que señalen algunos miedos que podrían tener el sujeto en cada situación. Se anima a los miembros del grupo a que escojan situaciones asertivas sobre las que les gustaría trabajar y que determinen los temores y las creencias irracionales que podrían tener en esas situaciones.

Ejercicio 5: Temas vacíos. Se forman grupos de 3 ó 4 personas. Se reparten a todos los participantes una tarjeta con un tema vacío sobre el que tienen que hablar delante del resto del subgrupo durante un minuto y medio. No importa el contenido de lo que digan, teniendo que darles más importancia a la comunicación no verbal. Una vez han terminado todos los miembros del

subgrupo, se dan retroalimentación positiva sobre los elementos no verbales adecuadamente empleados. Algunos de los temas vacíos son: cristal, picaporte, llave, ladrillo, pizarra, lápiz, pisapapeles, etc.

Ejercicio 6: Terminación de la sesión. Se termina con la frase: “Hoy me ha gustado.....”.

Posibles tareas para casa: Dar los buenos días o buenas tardes a los vecinos; Hacerle un cumplido a alguien; anotar dos conductas importantes en las que les gustaría actuar más asertivamente; práctica de detección de pensamientos.

CUARTA SESIÓN:

La Comunicación y la Asertividad.

Objetivo: Practicar estrategias para mejorar la comunicación y la asertividad.

Ejercicio 1: Presentación. Cada miembro del grupo se presenta sucesivamente a todos los demás diciendo su nombre. Una vez que todos han acabado de presentarse, tienen que preguntarse entre sí aquellos nombres que no recuerdan.

Ejercicio 2: Biografía. Reunidos en parejas, cada uno cuenta al otro una pequeña biografía de su vida. Una vez que han terminado, el compañero expone ante el grupo un resumen de lo que ha contado la otra persona, resaltando las cosas que le han gustado de su exposición, tanto elementos verbales como no verbales.

Ejercicio 3: Exposición de los objetivos del día. El terapeuta da una breve charla sobre las posibles causas de la inadecuación social (ansiedad condicionada, distorsiones cognitivas y/ o déficit en habilidades).

Ejercicio 4: Diferencias entre asertividad, agresividad y no asertividad.

Ejercicio 5: Relajación progresiva de Jacobson.

Ejercicio 6: Aplicación de Cuestionario de Autoconcepto Forma A.

Ejercicio 7: Terminación de la Sesión. Cada participante termina la sesión con la frase: "Hoy aprendí.....".

Posible tarea para casa: Autorregistro.

QUINTA SESIÓN:

Iniciación y Mantenimiento de Conversaciones.

Objetivo: Desarrollar conductas y habilidades pro-sociales.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Explicación del procedimiento de cambio de autoverbalizaciones negativas por positivas. Se enseña a los participantes a cambiar los pensamientos negativos por positivos. Al realizar el ejercicio como tarea para casa, se sugiere que pueden castigarse haciendo tareas que les sean aburridas cuando estén pensando de forma negativa durante cierto tiempo y no cambien esos pensamientos por positivos. También se les sugiere que cuando estén teniendo autoverbalizaciones negativas se sienten en una silla de cara a la

pared y que no se levanten hasta que cambien esas autoverbalizaciones por otras positivas.

Ejercicio 3: Imaginación emotiva. En este ejercicio se le dice al sujeto que piense en una situación agradable antes de abordar una situación conflictiva.

Ejercicio 4: Ensayo de conducta. Se forman grupos de 3 ó 4 personas. Los participantes de cada grupo ensayan una situación de la vida real que les es conflictiva y una posible modificación de la misma con la ayuda del resto del pequeño grupo.

Ejercicio 5: Charla y representación sobre las dimensiones de hacer y recibir cumplidos. Se hace que el grupo se coloque en círculo y que cada persona haga un cumplido verdadero al compañero de la derecha y que este responda. El que lo recibe hace entonces un cumplido a la persona que está a su derecha. Los dos participantes deberían interactuar brevemente antes de que el que los recibe vuelva a hacer un cumplido a la siguiente persona. Los cumplidos tienen que ser sinceros. Luego se da una pequeña charla sobre esta clase de conducta.

Ejercicio 6: Charla y representación de escenas referente a la dimensión de "iniciación y mantenimiento de conversaciones". Se da una pequeña charla sobre diferentes formas de iniciar conversaciones y las presenta. También se ven algunas creencias negativas sobre esta clase de conducta.

Ejercicio 7: Tríadas de comunicación: practicando habilidades verbales de aserción. Se forman grupos de tres o cuatro personas. En ellos, una persona habla, otra escucha y otra hace de observador. Estos papeles van cambiando sucesivamente. Cada participante tiene que practicar en estos subgrupos los

elementos de mantenimiento de la conversación señalados en las charlas anteriores.

Posibles tareas para casa: Iniciar tres conversaciones empleando las estrategias señaladas en la sesión; aceptar los cumplidos, hacer dos cumplidos cada día.

SEXTA SESIÓN:

El Lenguaje Corporal.

Objetivo: Identificar mensajes no verbales que se prestan a malas interpretaciones y manipulación.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Ejercicio sí/no. Se conforman pequeños grupos de 3 ó 4 personas. En ellos, dos personas se ponen cara a cara y una tercera observa. Una de las dos personas tiene que decir "sí", mientras que la otra dice "no". La tercera observa. Después se cambian los papeles. Las tres personas tienen que realizar el ejercicio y la observación. Posteriormente, repiten el ejercicio pero sin palabras. Una vez finalizado, los participantes comentan a todo el grupo que gestos, posturas y elementos paralingüísticos les parecen agresivos o no asertivos.

Ejercicio 3: Práctica de la relajación rápida. Se les enseña a relajarse en un corto período de tiempo. Para ello tensan todo el cuerpo de una vez y después lo

relajan. Repiten ese mismo ejercicio otra vez. Se les instruye para que piensen en una imagen relajante.

Ejercicio 4: Práctica sobre las diferencias entre estilos de conductas.

Ejercicio 5: Fomentando la ostentación. El objetivo de este ejercicio es ayudar a los participantes a identificar sus virtudes personales, explorar sentimientos y reacciones al expresar estas virtudes a otras personas y el mejorar la sensación de confianza en uno mismo.

Posibles tareas para casa: Decirse cada día tres adjetivos positivos; práctica de la relajación profunda en días alternos; práctica de la relajación rápida todos los días.

SÉPTIMA SESIÓN:

La Expresión de Sentimientos.

Objetivo: Aprender a transmitir y recibir mensajes de sentimientos de una manera respetuosa y sana.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Ensayo de conducta.

Ejercicio 3: Charla y representación sobre la dimensión: expresión de amor, agrado y afecto.

Ejercicio 4: Ensayo de conducta.

Posibles tareas para casa: Práctica de expresión de amor, agrado y afecto con los amigos (as), novia (o), padres, etc.; Repaso de esquema del entrenamiento en habilidades sociales.

OCTAVA SESIÓN:

Los Derechos Individuales.

Objetivo: Destacar la importancia de nuestros derechos y deberes como miembros de un grupo.

Ejercicio 1: Repaso de la tarea para casa.

Ejercicio 2: Ejercicio de relajación diferencial. Se aplica, en primer lugar, la relajación rápida. Una vez relajados, abren poco a poco los ojos, se hablan suavemente a sí mismos, mueven ligeramente las manos, se levantan lentamente, andan por la habitación intentando relajar los músculos que no usan. Luego se sientan y vuelven a relajarse.

Ejercicio 3: Práctica de identificación de derechos.

Ejercicio 4: Exposición teórica. Se le da al grupo una charla sobre la identificación de los derechos de cada individuo, la importancia de la confianza en la posesión de esos derechos, la determinación de las probables consecuencias a corto y a largo plazo de los diferentes cursos de acción y la decisión de comportarse de una manera determinada en distintas situaciones.

Ejercicio 5: Mensajes de socialización.

Ejercicio 6: Ejercicio de Terapia Racional- Emotiva.

Ejercicio 7: Explicación de la Terapia racional- Emotiva.

Posibles tareas para casa: Autorregistros; decirse dos adjetivos positivos cada día; práctica de la relajación rápida; repasar las ideas irracionales de Ellis y cuestionar con una frase cada día.

NOVENA SESIÓN:

Detención de Expresiones de Molestia y Desagrado.

Objetivo: Desarrollar habilidades para el manejo del estrés y la ansiedad.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Ensayo de conducta. Se ensayan en el grupo las situaciones que les han resultado especialmente conflictivas durante la semana pasada y también se plantean situaciones en las que les gustaría actuar de forma más competente.

Ejercicio 3: Charla y representación sobre la detención de expresiones de molestia y desagrado. Se da una breve charla sobre la dimensión anterior, exponiendo algunas creencias negativas que se pueden dar sobre esta clase de conducta.

Ejercicio 4: Técnicas para la expresión de desagrado y el control de las críticas. Se representan ante el grupo las técnicas del Disco Rayado, la aserción negativa, el recorte, el ignorar selectivamente, el desarmar la ira, el separar los temas, el banco de niebla y el ofrecer disculpas.

Ejercicios 5: Terminación de sesión. Cada participante termina la sesión con la frase: “Hoy me he sentido.....”.

Posibles tareas para la casa: Enfrenta a alguien que esté pisoteando tus derechos; llama por teléfono a un lugar público, pide información, da gracias y cuelga; recibe críticas de forma constructiva; inicia cuatro conversaciones, etc.

DÉCIMA SESIÓN:

La Habilidad de Negociar.

Objetivo: Comprender que en la percepción de todo evento pueden coexistir varios puntos de vista.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para la casa.

Ejercicio 2: Ensayo de conducta. Ensayan en grupos las situaciones que les han resultado especialmente conflictivas durante la semana pasada y también se plantean situaciones en las que les gustaría actuar de forma más competente.

Ejercicio 3: Charla sobre la negociación y ensayo de dimensiones: expresión de opiniones personales sobre la negociación en la familia, la escuela, etc.

Ejercicio 4: Se dividen en grupos y se les reparte una situación real guiada con preguntas para que las intenten resolver entre todos mediante la técnica de la negociación y sus pasos comentados.

Posibles tareas para casa: Registro. Pone en práctica lo que ha aprendido sobre la negociación en casa, la escuela o con tus amigos. Todos expondrán su experiencia ante sus compañeros en la próxima reunión.

DÉCIMA PRIMERA SESIÓN:

La Habilidad de Resistir Presiones.

Objetivo: Comprender que a veces es necesario enfrentar a las presiones para evolucionar en la vida.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Ensayo de conducta. Los participantes ensayan en el grupo situaciones de las mandadas para casa, que les han resultado especialmente conflictiva o que no han sido capaces de realizar.

Ejercicio 3: Charla y representación sobre las dimensiones de hacer y rechazar peticiones. Incluye el pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su conducta.

Ejercicio 4: Charla y representación sobre la dimensión de defensa de los derechos. Se muestran los derechos que se vieron en la segunda sesión y se da una pequeña charla sobre cada uno de los mismos. También se ven algunas creencias negativas que se puedan tener sobre ellos.

Ejercicio 5: Ensayo de conducta en pequeños grupos: La fila. El grupo total se divide en cuatro grupos de cinco personas cada uno. Cada subgrupo forma una fila, la primera persona de la fila identifica una situación específica para trabajar. Se sale de la fila y se pone enfrente de la segunda persona, representando la situación. Luego los restantes miembros de la fila le dan retroalimentación específica y positiva sobre su conducta.

Ejercicio 6: Terminación de la sesión. Cada participante finaliza la sesión con la frase: **“Esta semana me propongo.....”**.

Posibles tareas para casa: Iniciar dos conversaciones con personas poco conocidas o desconocidas. Pide la hora a alguna persona que pasa por la calle; rechaza tres peticiones que quieras rechazar, etc.

DÉCIMA SEGUNDA SESIÓN:

Toma de Decisiones y Solución de Problemas.

Objetivo: Aplicar el modelo racional de toma de decisiones.

Ejercicio 1: Repaso de las tareas para casa.

Ejercicio 2: Identificar los factores que influyen en el proceso de tomar decisiones y los pasos de un modelo racional para la solución de problemas y la toma de decisiones.

Ejercicio 3: Dinámica llamada **La Ruleta de la Vida**.

Se divide el grupo en equipos de 4 elementos con un representante de cada equipo, al cual se le vendan los ojos y el cual deberá ir cambiando en cada ocasión.

Dibujar la ruleta en el pizarrón.

Darle vueltas al representante del equipo y pedirle lance un pañuelo desechable mojado hecho bolita hacia la ruleta, quitarle la venda y pedirle que diga al grupo en voz alta lo que dice la parte de la ruleta en la que cayó el papel.

Discutir con el grupo.

- ¿Qué tipo de toma de decisiones es ésta?
- ¿Qué beneficios trae el dejar las decisiones a la suerte?
- ¿Por qué la creencia en la suerte no debe influir en las decisiones?
- Otras formas de tomar decisiones.

Ejercicio 4: Dinámica Grupal: La Decisión de Rosa.

Se explica que se leerá una historia en la cual hay tres personajes que toman decisiones de diferentes maneras. Anotar en el pizarrón los nombres de los personajes.

Después de leer la historia pedir que en forma individual analicen la toma de decisión de cada uno de los personajes.

Dividir el grupo en equipos de tres e indicarles que discutan sus comentarios acerca de cada personaje. Dar 15 minutos para esta actividad.

Solicitar que un representante de cada grupo exponga ante el grupo las conclusiones a las que llegaron en su equipo.

Cerrar el ejercicio comentando la existencia de diferentes formas de tomar decisiones y que, aún cuando se crea que no se está tomando ninguna decisión, habrá consecuencias de los actos realizados.

Posible tarea para casa: Cada adolescente identificará de su propia experiencia semanal alguna situación ante la cual deben tomar una decisión. Una vez que hayan identificado la situación, deberán explicar la secuencia seguida usando el modelo racional de toma de decisiones.

DÉCIMA TERCERA SESIÓN:**Control Ambiental y Planificación de Tareas.**

Objetivo: Estimular al adolescente a adoptar estrategias generales para hacerle frente a los problemas académicos.

Ejercicio 1: Repaso de la tarea para casa.

Ejercicio 2: Contrato de Comportamiento.

Establecer un contrato de comportamiento con el joven para ayudarlo a tomar un control de su conducta. El contrato debe enumerar comportamientos meta positivos que se esperan, y una recompensa que se pueda recibir por satisfacer un número de criterios de estos comportamientos. Las recompensas pueden ser premios que se darán (previamente establecidos entre el investigador, participantes del estudio y padres de familia).

Ejercicio 3: Enseñanza directa de estrategias de actuación ante tareas escolares. (control de estímulos, modelado, instigación verbal, ensayo conductual, reforzamiento, asignación de tareas e instrucción estratégica).

Ejercicio 4: Realizar tareas que implican control visomotor-cognitivo: observar figuras y detalles, construir y reproducir modelos, clasificar series de objetos diferentes, resolver laberintos, etc. Elegir actividades académicas que también impliquen estas habilidades.

Ejercicio 5: Combinar las actividades escolares con ejercicios encaminados a desarrollar inhibición muscular y aprender a controlar la atención y la relajación:

balanceo, equilibrio, relajación muscular, enseñarles a respirar lentamente y prestar atención a sonidos. (**Sonidos de efectos naturales**)

Ejercicio 6: Establecer hábitos de estudio: ¿Dónde estudiar? ¿Cómo estudiar? ¿Cómo utilizar los libros de textos?; horas de estudio; uso de estrategias para el aprendizaje (resúmenes, síntesis, mapas conceptuales, el subrayado, etc.

Ejercicio 7: Terminación de la sesión. Cada participante finaliza la sesión con la frase: **“Esta semana me propongo.....”**.

Posible tarea para casa: Todos los participantes llevarán un libro de bitácora en donde llevarán un registro o crónica de todas las actividades o acontecimientos escolares y luego se evaluarán si son acordes a sus predicciones o previsiones; asignación de tareas.

DÉCIMA CUARTA SESIÓN:

El Empleo del Tiempo Libre Productivamente.

Objetivo: Organizar el tiempo libre en forma productiva y sana.

Ejercicio 1: Repaso de la tarea para casa.

Ejercicio 2: Expectativas futuras. Donde se expondrá la importancia de tener expectativas futuras realistas desde la adolescencia para dar mayor significado a la vida adulta.

Ejercicio 3: La Ruta de mi vida. Donde se les distribuirán los participantes hojas de papel en blanco y lápices y se les indicará que la actividad consiste en

hacer una ruta crítica en relación con metas que deseen alcanzar en sus vidas (una a corto y una a largo plazo).

Ejemplificar la elaboración de una ruta crítica presentando en el pizarrón un ejemplo y siguiendo los siete pasos que en ella se plantean.

Hacer énfasis en la importancia de establecer metas concretas y alcanzables. (tiempo debidamente distribuido en cada fase).

Ejercicio 4: Solicitar que algunos voluntarios compartan con el grupo la ruta crítica que hayan realizado y comentar sobre las dificultades que tuvieron en la realización de esta actividad.

Ejercicio 5: Ruta crítica de la semana. Cuyo objetivo es aprender a planear actividades semanales como apoyo al plan de vida.

- Delimitar las metas que se piensan lograr en la semana.
- Especificar las actividades asociadas con la meta.
- Definir los tiempos para la realización de cada actividad.
- Especificar las actividades secuenciales y simultáneas.
- Representar las actividades a realizar con los tiempos mínimos o máximos propuestos para cada actividad identificada.
- Evaluar en qué medida se van cumpliendo las metas propuestas.
- Modificar o mantener las conductas asociadas con las metas fijadas.

Posible tarea para casa: No demorar tareas. Se anima al sujeto a no dejar tareas para mañana, para no evitar la incomodidad y a completar un registro de actividades diarias.

DÉCIMA QUINTA SESIÓN:**Desarrollo del Sentido Cívico.**

Objetivo: Desarrollar en el adolescente el sentido cívico.

Ejercicio 1: Repaso de la tarea para casa.

Ejercicio 2: Leerán y analizarán lecturas sobre el comportamiento de los individuos en lugares públicos. Confeccionan una lista de las conductas públicas que les gustaría cambiar y las conductas que desearían aprender y aplicar.

Ejercicio 3: Participarán en sociodramas. El mismo tendrá un título, se pondrán nombres ficticios, cumplirán roles y desarrollarán una escena de su vida cotidiana en donde reflejen las conductas que crean negativas. Seguidamente, repetirán el sociodrama, esta vez aplicando las conductas positivas que les gustaría aplicar en su vida diaria.

Ejercicio 4: Participarán en **Phillips 66**. Discutirán sobre lo que sintieron en ambos casos de los sociodramas; qué pensaron de los participantes; qué conductas les desagradaron o le agradaron más; cómo reaccionarían de ser un caso de la vida real, etc.

Ejercicio 5: Participarán en dinámica grupal titulada: **Foto-mensaje**.

Donde recortarán unas cuantas figuras de revistas o periódicos con temáticas variadas mostrando: riqueza, pobreza, opresión, vicio, etc. Se pegarán en cartulinas y se distribuirán por el suelo. Cada joven coge una y puestos en círculos cada uno va diciendo por qué la tomó y que sentido tiene.

Ejercicio 6: ¿A quiénes tiramos a la borda?

Entre los objetivos de esta dinámica están: tomar conciencia del significado de cada persona dentro de un grupo; descubrir las razones por las que seguimos en el grupo y por las que queremos que otros miembros del grupo sigan con nosotros; disponer a los sujetos a recibir mensajes positivos y también negativos que surgen del grupo, sabiendo que todos tienen una solución constructiva si hay disposición para ello.

Orientaciones:

1. Se invita al grupo a tomar posturas relajadas, dispuestos a realizar un viaje en un trasatlántico. Música suave de fondo.
2. El orientador invita a una fantasía: estamos realizando un viaje de placer por el mar. Nos alejamos de la costa. Todo es agradable, la calma, el mar.....
3. Se oye la voz del capitán anunciando tormenta. Corremos peligro de naufragar..... El barco zozobra.....Vías de agua..... Hay orden de correr a los salvavidas. Pero sólo hay cabida en ellos para una parte de pasajeros.
4. Sólo deberán subir a los botes quienes tengan razones fuertes para vivir. El resto se hundirá. ¿Quiénes entraremos en los botes? ¿A quién dejarías tu fuera? ¿Qué harías?
5. Se invita al grupo a poner en común su experiencia. Si el grado de libertad se lo permite pueden decir quiénes han entrado en los salvavidas, o qué le han obligado a dejar como inútil.....

6. **Nota:** El coordinador cuidará de que la expresión del grupo vaya a tono con su seguridad psicológica. Puede resultar molesto el decir quiénes se hubieran quedado sin poder entrar a los botes.

Tarea para casa: Todos los participantes tendrán que poner en práctica aquellas conductas positivas que anotaron en su listado en un lugar público. Anotarán si lograron ponerla en práctica y cómo se sintieron ante dicho reto. De igual manera informarán si no pudieron hacer la tarea.

NOTA:

Todas las sesiones se realizaron en el aula 122. (Aproximadamente de 2:00 p.m. a 3:30 p.m. en las siguientes fechas:

1ª Sesión:	27 de Agosto de 2008.	9ª Sesión:	22 de Octubre de 2008.
2ª Sesión:	3 de Septiembre " " .	10ª Sesión:	29 de Octubre " " " .
3ª Sesión:	10 de Septiembre " " .	11ª Sesión:	12 de Noviembre " " .
4ª Sesión:	17 de Septiembre " " .	12ª Sesión:	19 de Noviembre " " .
5ª Sesión:	24 de Septiembre " " .	13ª Sesión:	26 de Noviembre " " .
6ª Sesión:	1 de Octubre " " " .	14ª Sesión:	3 de Diciembre " " " .
7ª Sesión:	8 de Octubre " " .	15ª Sesión:	10 de Diciembre " " " .
8ª Sesión:	15 de Octubre " " " .		

LOS RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS SERVIRÁN COMO PARÁMETRO PARA LOS AJUSTES REQUERIDOS.

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Efectos del Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes Diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante

Su hijo(a) ha sido invitado(a) a participar en este estudio de investigación que está enfocado en la detección, evaluación e intervención preventiva y correctiva de conductas sociales de riesgos que afectan la integridad y la educación de los mismos.

En este estudio se utilizarán diversas intervenciones de Terapias Cognitivas bien establecidas que tendrán como objetivo que los sujetos practiquen comportamientos sociales positivos.

El entrenamiento en habilidades sociales enseñará al joven participante habilidades compensatorias para mejorar su adaptación en la escuela y en la casa, y para responder más eficientemente cuando se enfrente con situaciones conflictivas, es decir, estrategias de autocontrol.

Este programa se divide en dos partes: 1. El de **Entrenamiento**: Cuyo objetivo básico es el de familiarizar a los sujetos participantes al programa, con los principios conductuales (Aprendizaje Social de Bandura; Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis; Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck) y los elementos básicos de ensayo de conducta, modelado, instrucciones, reforzamiento, retroalimentación y tareas para casa, etc. 2. **Evaluación**: Donde se determinará la existencia de diferencias estadísticamente significativas (antes-después) que apoyen la efectividad del programa.

La Participación:

Si usted otorga el consentimiento, su hijo deberá completar inicialmente un cuestionario de socialización y de autoconcepto y participar de las reuniones semanales que se realizarán en el plantel en días y horas fijas (2 hora) dentro del horario de clases. El programa tendrá una duración de 15 semanas (tres meses).

Riesgos o molestias posibles:

Durante el desarrollo del programa, alguno de los participantes podría sentirse incómodo al exponer o responder preguntas que indaguen sobre sus sentimientos. Sin embargo, su hijo sería libre de rehusarse a responder cualquier pregunta, o de terminar su participación en la investigación en cualquier momento. (Luego de tres ausencias quedará fuera del programa).

Beneficios que obtendría:

Los beneficios son innumerables: podrían obtener una gran mejoría en su desempeño interpersonal; la toma de conciencia de disponer de habilidades para resolver conflictos interpersonales y el refuerzo social por comportamientos deseados por padres y profesores, que contribuirán al desarrollo de un buen autoconcepto; disminuir los comportamientos agresivos, lo que hace mejorar la adaptación familiar y social; mejorará sus capacidades verbales y no verbales; identificará en forma positiva sus sentimientos, actitudes, etc.

Además, se les dará refrigerios en cada sesión y el transporte de ser necesario.

¿Cuánto le costará?

La investigación es gratuita para todos los participantes.

¿A quién deberá contactar si tiene alguna pregunta?

Preguntar por el Prof. Abdel Contreras en la Secretaría del Plantel.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y entendido el objetivo del estudio titulado: "Efectos del Programa de Intervención Grupal Psicológica para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en Adolescentes Diagnosticados con Trastorno Negativista Desafiante".

Se me explicó en forma clara el propósito de este estudio, los procedimientos, los beneficios y riesgos, de igual forma, se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas necesarias antes de firmar este documento.

Nombre de Acudiente responsable

Fecha

Firma del Acudiente

Nombre del Participante

Fecha

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Entrevistas Clínicas

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: A. G. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: católica Ocupación: Estudiante Dirección: Cabra,

(24 de Dic.). Constelación Familiar: Madre y 3 hermanos menores.

DATOS GENERALES:

A. G. es un joven que fue llevado a un centro de salud por su madre debido a su progresiva desobediencia y a su mal comportamiento en la escuela. Diversos acontecimientos que sucedieron el mismo mes convencieron a su madre de que tenía que hacer algo para que el joven cambiara su conducta.

A. G. comenta que **“hace algunas semanas, insultó a un profesor y fue expulsado del colegio durante tres (3) días”**. El último problema grave que tuvo fue que la policía lo detuvo por ir en bicicleta por la calle, algo que su madre le tenía prohibido hacer. No ha cometido ningún acto de mayor gravedad, aunque una vez antes rompió una ventana, cuando montaba en bicicleta con un amigo.

Comenta su madre que **“desde la guardería, A. G. había sido problemático”**. Los problemas han ido en aumento lentamente. Cuando no se le vigila, A. G. se mete siempre en líos. En la escuela le llaman

constantemente la atención por reñir y molestar a otros, insultar y pegar a los otros compañeros.

A. G. puede describirse como un joven irritable y con un mal carácter, a pesar de que algunas veces parece pasárselo bien en la escuela. A menudo molesta de manera intencionada a sus amigos de clase, pero según él, son ellos los que han empezado.

A menudo se niega a hacer lo que los profesores le dicen; da muchas excusas para no realizar las tareas o trabajos y se enfada si se le reiteran las indicaciones.

En la casa, la conducta de A. G. es variable. Algunos días se muestra desafiante y mal educado con su madre, haciéndose repetir las cosas varias veces antes de hacerlas; otros días, en cambio, se muestra amable y encantador. Pero predominan los días malos.

Los profesores están muy preocupados por su conducta y su madre explica, asimismo, que dice pequeñas mentiras; pero cuando se trata de asuntos de importancia, por lo general no miente.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: P. R. Edad: 13 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Cabra,
(24 de Dic.). Constelación Familiar: Madre, Padrastro y dos hermanos
menores.

DATOS GENERALES:

El joven ha cursado sus estudios en varios centros educativos tanto públicos como privados, manifestando ya en los primeros cursos de primaria ciertos síntomas del trastorno negativista desafiante. Las ayudas que se le han proporcionado como el asesoramiento psicológico (asistencia irregular por problemas económicos) y las clases de apoyo y particulares no han resultado suficientes para resolver los problemas que han ido presentándose.

La madre relata que: **“su hijo siempre ha tenido una buena salud física y que el último examen médico realizado el año pasado (2008) salió bien”.**

El adolescente presenta un marcado rechazo hacia el colegio, no tiene hábitos de estudio, ni motivación por aprender. Al preguntarle por qué esta actitud respondió: **“ Todos los profesores me miran mal, siempre me regañan, aunque no haga nada. Pero si ellos no gustan de mí, yo tampoco gusto de ellos; además, me dicen que soy bruto y que sólo se**

meterme en problemas". No niega que les responde a los profesores y que en ocasiones los ignora; tampoco niega que constantemente está envuelto en riñas o peleas, pero si reafirma que él no comienza las peleas, sino los demás compañeros que le buscan problemas y él quiere aguantarse, pero no puede.

Los problemas de P. R. están causando dificultades conyugales entre su madre y padrastro, ya que éste último no lo deja jugar con sus hermanos más pequeños porque siempre les hecha la culpa de lo que hace.

Tanto la madre como el padrastro trabajan todo el día, por lo que una vecina los cuida hasta que llegue alguno de los dos; la madre expresa que:

" la señora que los cuida está quejándose porque P. R. no le hace caso, le contesta, siempre pelea con sus hermanos y nunca acepta que realizó sus travesuras".

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: U. R. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Vista Hermosa
(24 de Dic.). Constelación Familiar: Madre, Padrastro y tres hermanos
menores.

DATOS GENERALES:

El caso de este adolescente de doce años de apariencia tranquila trae de cabeza al director del colegio y a la consejera, los cuales comparten el sufrimiento con los otros profesores del alumno.

La madre no para de contar las hazañas de su hijo y admite que cada vez va peor, aunque ya antes se había pedido la intervención del orientador.

En la entrevista con U. R. pude darme cuenta de su notable capacidad de fingimiento de una forma de ser nada parecida a lo que se me había descrito anteriormente. La madre se veía absolutamente desbordada por la conducta de su hijo quien había llegado a denunciarla por malos tratos consiguiendo casi convencer a la juez de lo que decía.

Había estado asistiendo a un gabinete psicopedagógico, pero el colegio sólo recibió un informe en el que se admitía no haber observado ningún progreso significativo.

Las constantes peleas y las conductas desafiantes hacia el cuerpo docente e inspectores del plantel estaban dándole mucha fama entre los demás estudiantes. Los demás estudiantes, llegaban a expresar su admiración por la "valentía" de U. R.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: C. H. Edad: 13 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Cabuyita,

(24 de Dic.). Constelación Familiar: Abuela y dos hermanos.

DATOS GENERALES:

C. H. es un adolescente de 13 años que es llevado a el centro de salud por su madre debido a problemas de comportamiento que incluyen enfados continuos en casa, desobediencia, mentiras, fugas de clases, peleas con iguales y agresividad verbal e forma de amenazas e insultos a la abuela, a los hermanos pequeños, profesores y todo adulto que se le ponga por delante.

La conducta de C. H. está empeorando en los últimos meses coincidiendo con el cambio de colegio, donde se ha hecho un nuevo grupo de amigos que, según la abuela, "son los peores del colegio". Desde el primer bimestre se ha fugado con regularidad, no estudia y ha tenido reiteradas citaciones y memorandos disciplinarios por su conducta.

Los padres de C. H. están separados después de una convivencia conflictiva debido al carácter difícil del padre. Desde la separación, el padre

ha mantenido sólo un contacto irregular, mostrando sobre todo interés en el hermano pequeño. C. H. es el primero de tres hermanos.

Por su parte, la madre se fue a vivir con su nueva pareja, pero como los hijos no quisieron irse con ella, se quedaron con la abuela (52 años).

C. H. desde pequeño muestra una rivalidad y un rechazo claro hacia su hermano pequeño desde el nacimiento.

La abuela describe a C. H. como un joven de carácter difícil desde siempre, con niveles altos de impulsividad e inquietud psicomotora, problemas de conducta, problemas de relación con iguales que incluyen peleas frecuentes y dificultades aceptando normas y las figuras autoritarias.

A nivel académico el rendimiento ha sido siempre muy bajo, presentando dificultades de aprendizaje desde los primeros años.

La abuela reconoce que el manejo en casa ha sido muy irregular, con una crianza muy crítica por parte de su padre, y un estilo más sobreprotector y permisivo por su parte como también por parte de su madre. Desde la separación de la madre ha notado como C. H. se ha vuelto más agresivo que el padre y cómo la aparente dependencia materna se ha convertido en tiranía.

En la entrevista con C. H. se ve un adolescente claramente enfadado que no coopera en la anamnesis y es muy crítico tanto con la abuela como con el entrevistador. Cuando se le entrevista de forma individual se establece una mejor relación terapéutica y se percibe que tras la fachada de desafío existe un malestar por la situación que está viviendo y por las repercusiones que, está teniendo para su familia. No existe alteración del patrón de sueño o del apetito y muestra un interés adecuado por las actividades de ocio y diversión.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: E. J. Edad: 13 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Cabuyita,

(24 de Dic.). Constelación Familiar: Padre, Madrastra y tres hermanos.

DATOS GENERALES:

E. J. Es un adolescente de 13 años de edad que llega al colegio con un certificado de conducta no muy positivo: reiteradas peleas, conducta desordenada y una actitud desafiante hacia los docentes y director del plantel.

Según la madrastra: “ E. J. ha sido un problema constante desde que llegó a el colegio. No se lleva bien con los otros compañeros de clase porque siempre quedan peleando y los molesta demasiado”. No hace lo que se le dice y se enfada constantemente con los profesores.

E. J. no reconoce su problema (característica del trastorno). Cuando se le llama la atención o se le atrapa in fraganti, niega siempre sus travesuras y se convierte en una persona inocente y bondadosa.

No tiene muchos amigos. Su conducta agresiva impide que sus compañeros puedan hacer amistad con él.

Según datos de su confidencial, tiene una inteligencia normal, pero su rendimiento escolar no es muy positivo; se distrae por molestar a sus compañeros, lo que ocasiona que no termine sus deberes.

La madrastra informa que E. J. nació cuando la madre aún iba a la escuela pero, la mayor parte de la educación corrió a cargo de los abuelos.

La conducta desadaptada de E. J. está causando estrés en su madrastra, ya que el padre se queja de que ella sólo atiende a los más pequeños y no le presta la debida atención a su hijo (E. J.).

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: R. P. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Pacora

Constelación Familiar: Padre, Madre y una hermana pequeña.

DATOS GENERALES:

Adolescente de 12 años que desde muy pequeño ha presentado los síntomas característicos del trastorno negativista desafiante. Pero según la madre: “ **los mismos se han intensificado desde el embarazo de su hermana pequeña que tiene ahora cinco (5) años**”. Pero además, recuerda que desde antes, ella discutía frecuentemente con su esposo a raíz de este embarazo no planificado.

R. P. pelea constantemente con sus compañeros, discute con todos, de tal manera que a las últimas tiene que pelear. Siempre es provocador, desafiante con los adultos (profesores e inspectores), con sus iguales y en la escuela siempre pone en juego la competencia y la rivalidad.

La madre ha sido citada en formas innumerables, por lo que ya no sabe qué hacer, sólo llora ante cada profesor que la cita al colegio para pedirle que le ponga un límite, que lo frene. Académicamente, tiene seis materias aplazadas, pero no tiene interés alguno en recuperarlas. El director del

plantel comentó en la última citación que existía la posibilidad de trasladarlo a otro colegio de no observar cambios en su conducta.

En la entrevista R. P. se muestra defensivo, desgarrado, poco anuente a seguir indicaciones aunque, en citas posteriores si se muestra más cooperador y comenta que: **“No piensa nunca que lo que hace pueda preocupar a nadie”**.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: A. G. Edad: 14 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Cerro Azúl

Constelación Familiar: Padre, abuela y cuatro hermanos (segundo).

DATOS GENERALES:

Se trata de un adolescente de 14 años al cual su consejera en años anteriores le dijo a su madre que lo llevara a un profesional porque tenía Hiperactividad con Déficit de Atención, basándose en las conductas que observadas en A. G., Le describía que su hijo no se quedaba quieto, era muy hablador, se despistaba, se separaba del grupo, era lento en las tareas, desafiante con los adultos y profesores, pero sobre todo era agresivo con sus compañeros.

Con la información dada por la consejera, la abuela se dirige a un centro de salud en donde el profesional le aclara que no es hiperactivo, sino un caso de Trastorno Negativista Desafiante y les sugiere seguir llevándolo a las consultas, cosa que no sucede por problemas económicos, de tiempo y de distancia entre otros.

A. G. aparenta menos edad, físicamente está bastante delgado y pálido, poco interesado en tener una apariencia pulcra. Está inscrito en Bienestar estudiantil ya que el padre es el único que trabaja y su sueldo mínimo. La

madre los abandonó cuando él tenía tan sólo tres años para irse con otro señor y muy pocas veces la ve o se comunica con ella. Para él su madre es la abuela, quien los crió desde pequeño.

La abuela y el padre están muy interesados en que forme parte del programa para ver si mejora su conducta en general y también están interesados en obtener información sobre el trastorno ya que desde que recibieron el documento del diagnóstico, no saben en realidad a qué se debe o si ellos fueron los que lo ocasionaron con la forma en que lo educaron.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: C. Z. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: _____ Ocupación: Estudiante Dirección: Paso Blanco

Constelación Familiar: Madre, Padrastro y tres hermanos (tercero).

DATOS GENERALES:

Los padres de C. Z. Se presentan a la entrevista de manera amable, con disposición al diálogo, a colaborar con el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. Comentan que las quejas constantes sobre su hijo no paran y son unas tras otras: se finge el distraído o el que no escucha a los profesores cuando lo llaman; no mira a los ojos cuando lo regañan; no respeta la autoridad, la desafía. El padre dice: **“es hábil para manejar los afectos del otro; los empuja al límite”**.

La madre añade: **“Le damos demasiadas oportunidades; le explican largamente lo que no está bien, C. Z. lo entiende pero, les dice que no se puede controlar”**.

Generalmente acusa a otros de motivar sus problemas de comportamiento por verse molestado con facilidad, (le gritan, etc.) y de esta forma justifica su comportamiento como respuesta a circunstancias justificadas.

Por lo general se muestra resentido hacia personas que se acercan a él, en forma que intuya como autoritaria. Durante la entrevista fue mostrando una actitud que varió desde una distancia temerosa hasta un grado de afecto que en algún momento verbalizó cuando comentó: **“usted es la persona que junto a mi madre se preocupan por mí”**.

En relación a la problemática escolar, no mantiene ninguna técnica de estudio y las prácticas educativas familiares duras, incoherentes y negligentes han generado estrés, un estado de insatisfacción generalizada que han generado la baja tolerancia a la frustración y la propensión a perder el control emocional por parte de todos. La madre informa que el padre lo maltrata con frecuencia y en muchos casos de forma injustificada.

Durante la entrevista, C. Z. Se mostró molesto con los padres aunque posteriormente, cuando los mismos salieron, se mostró bastante comunicativo y cooperador, aunque siempre desmintiendo lo que sus padres expusieron sobre él.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: C. G. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Las Cabras,

Pacora. Constelación Familiar: Madre, Padrastro y dos hermanos.

DATOS GENERALES:

C. G. es el mayor de tres hijos. Fue un hijo no deseado de una pareja de adolescentes. Nació por parto normal y sin complicaciones, empezó a hablar al año de vida, lloraba mucho y no se le hacía mucho cariño. En sus primeros años, tampoco había tenido enfermedades graves ni situaciones traumáticas como muerte de familiares, abusos, golpizas u otros.

Su madre tiene actualmente 26 años y el padre trabaja como albañil, tiene actualmente 28 años. La vida de la pareja era un continuo de avenimientos y separaciones, lo que significó que C. G. viviera, sucesivamente, en las casas de sus abuelos paternos, abuelos maternos y de tías que lo acogieron.

Entre la información obtenida sobre C. G. están: es sumamente inquieto en el colegio; se la pasa molestando a todos sus compañeros de clases; tiene tendencia a reaccionar agresivamente con sus compañeros y profesores, especialmente si se le da algún tipo de orden o instrucción y no se esfuerza por sus trabajos escolares. Su madre comenta que: "no le era difícil hacerse de amistades en el barrio, pero una vez que se ponían a jugar

manipulaba a los amigos para que el juego fuera de la forma que él quería y además impedía que cualquier otro se integrara a los juegos después de él. Por otra parte, en el colegio tenía la tendencia a pelearse por ello". C. G. nunca se mostraba triste, no lloraba, sólo demostraba rabia a través de gruñidos y la alegría la expresaba por medio del canto de regué.

Una de las características importantes era la incapacidad de seguir instrucciones, su tendencia natural a desobedecer, especialmente a los adultos que lo rodeaban.

Su nula disposición a mejorar su conducta académica y social era un orgullo para él, porque era tal su grado de disconformidad y rechazo hacia los adultos que, frente a aquello en lo que más le insistían y presionaban, él era capaz de revelarse y de hacer lo contrario.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: K. P. Edad: 12 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Nvo. Tocúmen.

Constelación Familiar: Madre, Padre y tres hermanos.

DATOS GENERALES:

Este joven adolescente tiene graves dificultades en la escuela, ha sido amonestado por interferir con la clase e interrumpir en forma reiterada a los profesores. Se pelea y amenaza constantemente a otros estudiantes. Repitió 7º grado, lo que motivó una violenta reacción paterna con castigo corporal. A las citaciones del colegio concurría la madre puesto que el **“padre pensaba que los profesores eran injustos con K. P. y que este era un buen chico, aunque tonto, sin maldad, sólo que se dejaba llevar por los demás”**.

Según la madre, su hijo pasa horas viendo televisión y el castigo favorito de los padres es prohibírselo, cosa que K. P. se encarga de desafiar y transgredir con bastante éxito.

Los vecinos de su residencia han prohibido a sus hijos jugar con K. P. ya que constantemente está envuelto en problemas e involucra a todos los demás negando su responsabilidad; le han prohibido la entrada a sus casas por romper varias veces algunos adornos y posteriormente decir que fueron otros jóvenes.

Los padres se sienten muy contrariados, pues han tenido que alejarse poco a poco de sus vecinos y sienten que a su hijo también le ha tocado hacer lo mismo; aunque él no dice nada, la madre siente que esto le causa rabia y en ocasiones lo descontrola, provocando que quede discutiendo con los que antes eran sus mejores amigos.

Vemos pues, como aquellas características del trastorno negativista desafiante están ocasionando serios deterioros en la actividad social y académica de este joven, que no entiende aún el por qué de su conducta.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: A. F. Edad: 14 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: Evangélica Ocupación: Estudiante Dirección: Cerro Azúl.

Constelación Familiar: Madre, Padre y cuatro hermanos.

DATOS GENERALES:

Adolescente con reiteradas sanciones puestas por sus profesores, inspectores y otros directivos por mantener conductas negativas, desafiantes, hostiles, etc.

La madre no sabe que más hacer con su hijo pues, ya le ha pegado, regañado, castigado entre otros, pero la conducta aún continúa: ignora a los profesores; les responde en forma grosera; discute con sus compañeros; pero por lo general, sus problemas son con los adultos.

Desde pequeño tenía estos problemas; en la nota de referencia de su escuela primaria aparece que su conducta era mala, por lo que para ser matriculado tuvieron (acudiente y estudiante) que firmar una nota de compromiso.

La conducta se observa también en la casa, con sus padres y demás familiares. Sus hermanos más pequeños evitan jugar con él, pues resulta muy agresivo y no sabe cuando terminar. Tampoco acepta sus errores, sino

que culpa a el primero que se le ocurra, aunque todos sepan que no es cierto.

Durante la entrevista se mostró muy reservado, sin embargo posteriormente, poco a poco exteriorizaba sus problemas conductuales, a lo que la madre sólo lo miraba y le ponía gestos de "quédate quieto"; "no digas eso", etc.

Durante el tercer bimestre, A. F. se estaba quedando en siete materias, no tanto por su capacidad cognitiva, sino por su conducta despreocupada y su rebeldía constante hacia los profesores y demás personas adultas que lo rodeaban.

INFORME CLÍNICO

I. Entrevista Clínica:

A. Identificación:

Nombre: M. P. Edad: 14 Sexo: M Nacionalidad: Panameña.

Religión: católica Ocupación: Estudiante Dirección: Vista Hermosa,

(24 de Dic.). Constelación Familiar: Abuela, Madre y tres hermanos menores.

DATOS GENERALES:

M. P. es un joven que fue llevado a un centro de salud por su madre luego de que la abuela la convenciera de que ya era necesario debido a su progresiva desobediencia y a su mal comportamiento en la escuela.

M. P. comenta que **“hace algunas semanas, insultó a un profesor y fue expulsado del colegio durante cinco (5) días”**. El último problema grave que tuvo fue que llegó a la casa en la madrugada, algo que su madre le tenía prohibido hacer. Según el mismo, estaba con sus amigos jugando videos. No ha cometido ningún acto de mayor gravedad, aunque una vez insultó a su abuela de forma muy violenta.

Comenta su madre que **“desde la guardería, M. P. había sido problemático”**. Los problemas han ido en aumento lentamente. Cuando no se le vigila, M. P. se mete siempre en líos. En la escuela le llaman constantemente la atención por reñir y molestar a otros, insultar y pegar a los otros compañeros.

M. P. puede describirse como un joven irritable y con un mal carácter, a pesar de que algunas veces parece pasárselo bien en la escuela. A menudo molesta de manera intencionada a sus amigos de clase, pero según él, son ellos los que han empezado.

A menudo se niega a hacer lo que los profesores le dicen; da muchas excusas para no realizar las tareas o trabajos y se enfada si se le reiteran las indicaciones.

En la casa, la conducta de M. . es variable. Algunos días se muestra desafiante y mal educado con su madre, haciéndose repetir las cosas varias veces antes de hacerlas; otros días, en cambio, se muestra amable y encantador. Pero predominan los días malos.

Los profesores están muy preocupados por su conducta y su madre explica, asimismo, que dice pequeñas mentiras; pero cuando se trata de asuntos de importancia, por lo general no miente.